



VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Hospodaření vybraných zdravotnických zařízení v Jihomoravském kraji  
Financial Management of Selected Health Facilities in South Moravian Region

Student: Bc. Beáta Kmentová  
Vedoucí diplomové práce: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2016

## Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Beáta Kmentová**

Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa

Téma: Hospodaření vybraných zdravotnických zařízení v Jihomoravském kraji  
Financial Management of Selected Health Facilities in South Moravian Region

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Organizace a principy hospodaření zdravotnických zařízení zřizovaných kraji
  3. Analýza hospodaření vybraných zdravotnických zařízení ve sledovaných letech
  4. Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotnických zařízení
  5. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce  
Seznam příloh  
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

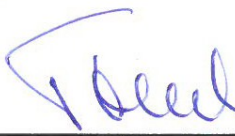
VRABKOVÁ, Iveta a Ivana VAŇKOVÁ. *Evaluation models of efficiency and quality of bed care in hospitals*. Ostrava: VŠB - Technical University of Ostrava, 2015. ISBN 978-80-248-3755-0.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

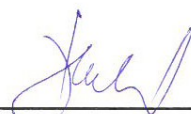
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 20.11.2015

Datum odevzdání: 22.04.2016

  
doc. Ing. Petr Tománek, CSc.  
vedoucí katedry



  
prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

Prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 21. dubna 2016



Bc. Beáta Kmentová

## **Obsah**

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Organizace a principy hospodaření zdravotnických zařízení zřizovaných kraji .....</b>	<b>5</b>
2.1	Zdravotní politika ČR.....	5
2.2	Zdravotní péče a její klasifikace .....	9
2.3	Financování zdravotní péče .....	12
2.3.1	Systémy financování vybrané zdravotní péče .....	15
2.4	Síť nemocničních zařízení v ČR.....	17
2.5	Charakteristika jednotlivých právních forem nemocnic.....	20
2.5.1	Příspěvkové organizace státu .....	20
2.5.2	Příspěvkové organizace územních samosprávných celků.....	21
2.5.3	Obchodní korporace .....	24
2.5.4	Nestátní neziskové organizace .....	25
<b>3</b>	<b>Analýza hospodaření vybraných zdravotnických zařízení ve sledovaných letech....</b>	<b>27</b>
3.1	Charakteristika vybraných nemocnic .....	27
3.2	Finanční analýza .....	37
3.2.1	Finanční zdraví nemocnic dle HealthCare Institute .....	38
3.3	Výsledky hospodaření vybraných nemocnic v letech 2005–2014 .....	42
<b>4</b>	<b>Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotnických zařízení .....</b>	<b>48</b>
4.1	Hodnocení výsledků hospodaření vybraných zdravotnických zařízení .....	59
4.2	Návrhy na zlepšení hospodaření vybraných zdravotnických zařízení.....	66
<b>5</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>72</b>
<b>7</b>	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>77</b>

## **Seznam tabulek**

## **Seznam obrázků**

**Seznam schémat**

**Prohlášení o využití výsledků diplomové práce**

**Seznam příloh**

# 1 Úvod

Zdraví nemá povahu statku, není předmětem koupě ani předmětem prodeje. Patří k prioritním hodnotám jak jednotlivce, rodiny tak i celé společnosti. V preambuli Ústavy Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946 je zdraví definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci či vady. V preambuli je dále stanoveno, že jednotlivé vlády jsou odpovědny za zdraví svých obyvatel, kterého lze dosáhnout prostřednictvím poskytování adekvátní zdravotní péče a sociálních opatření. Značnou úlohu v péči o zdraví obyvatel má v dnešní době ve většině vyspělých zemí právě stát. Stát zabezpečuje úkoly v tvorbě koncepcí zdravotní péče, v dostupnosti základní zdravotní péče pro všechny občany, určuje minimální standardy pro poskytování kvalifikované zdravotní péče a nese odpovědnost za efektivní využití prostředků určených na zdravotní péči. Ochrana zdraví je v zájmu celé společnosti, zdravotní stav je tedy často používán jako ukazatel vyspělosti společnosti a podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu je používaným ukazatelem pro mezinárodní srovnávání.

Zdravotnictví představuje odbornou část péče o zdraví. Nejčastěji ho chápeme resortně jako soustavu zařízení a pracovníků, jejichž posláním je poskytování odborných zdravotních služeb. Jedním z typů zařízení poskytující zdravotní služby jsou nemocnice. Nemocnice na území České republiky mohou být zřizovány orgány státní správy, orgány územní samosprávy, soukromými fyzickými osobami, církvemi nebo jinými právníckými osobami. Nemocnice mohou být zřizovány jako příspěvkové organizace, akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným nebo obecně prospěšné společnosti.

Cílem diplomové práce je zhodnocení hospodaření dvou vybraných krajských nemocnic za období 2005–2014 a formulace návrhů pro zlepšení hospodaření. Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace a Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace jsou významnými poskytovateli zdravotní péče v Jihomoravském kraji.

Diplomová práce je kromě úvodu a závěru rozdělena do tří kapitol. První kapitolou je úvod diplomové práce a poslední kapitolou závěr.

Ve druhé kapitole jsou charakterizována zdravotnická zařízení zřizovaná kraji. Jsou zde popsány základní právní formy, kterými mohou být nemocnice zřízeny. Kapitola je zaměřena také na členění nemocnic dle různých hledisek a metody financování zdravotní péče.

Třetí kapitola je zaměřena na analýzu hospodaření vybraných nemocnic. Nejdříve jsou uvedeny základní informace o vybraných krajských nemocnicích. Následně je proveden rozbor celkového hospodaření nemocnic po zdanění v rámci zvoleného časového horizontu.

Ve čtvrté kapitole jsou zhodnoceny a porovnány zjištěné skutečnosti z provedené finanční analýzy. Výsledkem zhodnocení je navrnutí opatření, která by mohla mít na celkové hospodaření nemocnic kladný vliv.

**V souladu s cílem diplomové práce je stanovena následující hypotéza:**

H1: V rámci sledovaného období 2005-2014 došlo ke stabilizaci hospodaření obou nemocnic.

Podkladem pro vypracování diplomové práce jsou informace dostupné z odborné literatury věnované problematice zdravotnictví, zákonů, interních materiálů nemocnic, statistických údajů dostupných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Diplomová práce se opírá o platnou legislativu k 1. 4. 2016.



## **2 Organizace a principy hospodaření zdravotnických zařízení zřizovaných kraji**

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotních zařízeních a jiných speciálních zařízeních, které spolu tvoří síť poskytovatelů zdravotní péče.

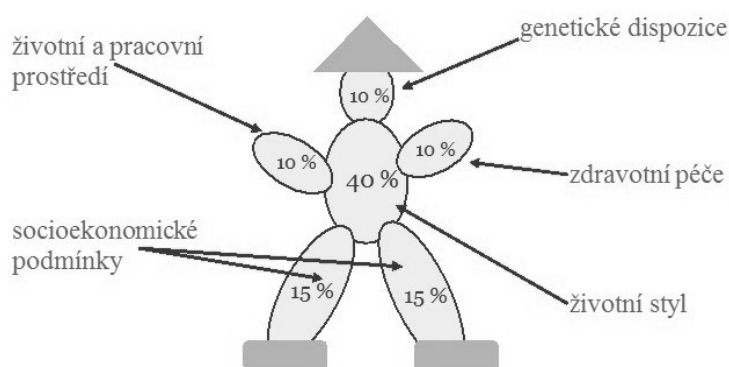
Zdravotnictví je nedílnou součástí hospodářské politiky každého státu. Čím vyšší je ekonomická a kulturní úroveň dané země, tím je tato péče komplexnější a náročnější. Zdravotní politika v sobě odráží všechny podstatné rysy konkrétní společnosti a státu. Odrazem stavu zdravotnictví je nejen vývoj tohoto odvětví, ale také vývoj celé země, jejích tradic a pozornosti, kterou obyvatelstvo otázkám zdraví věnuje. Financování zdravotnictví v jednotlivých státech je odvozeno od zdravotní politiky státu, která mimo jiné vychází ze stanovených priorit v dané oblasti, ekonomické úrovně dané země nebo společenského uspořádání. Systémy zdravotní péče v jednotlivých zemích se tedy vyznačují značnou variabilitou, liší se ve struktuře vlastnických vztahů, formách státních zásahů, způsobu financování, přístupů pacientů k jednotlivým druhům zdravotní péče, rozsahem i způsobem finanční spoluúčasti apod. Vývoj každého státu je jedinečný a specifický, neexistuje tedy žádný univerzálně aplikovatelný model zdravotní péče. „*Systém péče o zdraví může být dobře spravován a řízen pouze tehdy, pokud ti, kteří o něm rozhodují, mají k dispozici dobré informace*“ (Barták, 2012, s. 29).

### **2.1 Zdravotní politika ČR**

Zdravotní politiku je možné chápat jako souhrn politických a společenských aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Zdravotní politika tedy přesahuje zdravotní služby a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, kteří mají vliv na zdraví (Popesko, 2014). Do ekonomiky zdraví je oproti ekonomice zdravotnictví zahrnován i vliv dalších oblastí lidské činnosti. Zdraví je tedy ovlivňováno mnoha různými a stále novými faktory, z nichž řada leží mimo tradiční oblast zdravotnictví. Je odhadováno, že zdravotnictví ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva pouze z 15 – 20 %, zbývajících 80 – 85 % je ovlivňováno právě nezdravotnickými faktory. Vlivy působící na zdraví jedince a v konečné fázi tedy na zdraví celé společnosti jsou nazývány determinanty zdraví (Krebs, 2015). Mezi základní determinanty zdraví jsou řazeny faktory prostředí, životní styl, genetické dispozice, efektivita a kvalita zdravotní péče. Jako faktory prostředí jsou definovány převážně klimatické podmínky, životní prostředí, charakter dané lokality, fyzické, pracovní a sociální prostředí, ve

kterém se lidé nachází. Za jeden z nejvýznamnějších činitelů ovlivňující zdraví člověka je považován životní styl každého jednotlivce. Individuální životní úroveň, úroveň vzdělání, osobní postoj ke zdraví, stravovací návyky, fyzická aktivita nebo např. kouření mají dle Státního zdravotního ústavu vliv na zdraví člověka ze 40 %. Determinantem, který může být snahou jednotlivce ovlivněn jen velmi málo, je genetická výbava. Posledním determinantem ovlivňujícím zdraví člověka je efektivita a kvalita zdravotní péče, která je ovlivněna rozvojem medicíny a lékařské techniky, zdravotní politikou nebo např. dostupností lékařské péče (Státní zdravotní ústav, online). Vliv jednotlivých determinantů zdraví je znázorněn schématem 2.1.

### Schéma 2.1 Faktory ovlivňující zdraví člověka



Zdroj: Informační systém životního prostředí (online).

V České republice je oblast zdravotního práva upravena v několika desítkách zákonů, právních předpisů vyšší právní moci než zákon, tj. ústavou a ústavními zákony a mezinárodními smlouvami, a ve velkém množství podzákonných právních předpisů, jakými jsou například nařízení vlády ČR, vyhlášky ústředních orgánů státní správy – ministerstev, vyhlášky obcí a vyšších územně samosprávných celků a další. Nejvyšší právní normou ČR je Ústava České republiky ze dne 16. prosince 1992, tj. ústavní zákon č. 1/1993 Sb. Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod. Jedná se o ústavní zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. Článek 1 tohoto zákona nám stanovuje, že jsou lidé svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. V článku 31 téhož zákona je dále stanoveno, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Změna podmínek poskytování bezplatné zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění může být provedena jedině zákonem. Tímto zákonem je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých

souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění). Změna tohoto zákona nastala v roce 2007, kdy byl zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, zákon o veřejném zdravotním pojištění novelizován a s platností od 1. 1. 2008 byla zavedena spoluúčasť pacienta na financování zdravotní péče.

Ústředním orgánem státní správy na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví je Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR). Stejně jako jiná ministerstva, bylo MZ ČR zřízeno na základě zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Na centrální úrovni MZ ČR odpovídá především za koncepce vývoje zdravotnictví, tvorbu legislativních norem v oblasti zdravotnictví, výkon ochrany veřejného zdraví, investiční politiku ve zdravotnictví, zdravotnické školství a vzdělávání lékařů, financování organizačních složek a příspěvkových organizací, u kterých vykonává zřizovatelskou činnost a další. Organizačními složkami státu v oblasti zdravotnictví jsou např. Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, krajské hygienické stanice a jiné. Zdravotnická zařízení pro potřeby svých resortů mohou zřizovat také Ministerstvo obrany ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo vnitra ČR. V případě zřízení takového zařízení odpovídá příslušné Ministerstvo za jeho provoz. Jako další subjekty na poli zdravotnictví vystupují zdravotní pojišťovny, komory, asociace, kraje, obce, fyzické i právnické osoby apod.

Za obecné cíle zdravotní politiky je považováno zvyšování kvality poskytování zdravotní péče, hledání a nalézání potřebných finančních zdrojů a jejich efektivní alokace. Rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR je Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále jen „Národní strategie“) - Zdraví 2020. Jedná se o nástroj implementace programu WHO Zdraví 2020, který byl schválen Regionálním výborem Světové zdravotnické organizace pro Evropu v září 2012. Evropským programem Zdraví 2020 jsou stanoveny společné cíle všech evropských států – výrazné zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, snížení rozsahu nerovností v oblasti zdraví, posílení péče o zdraví lidí, a to zejména ochrany a podpory zdraví i prevence nemocí, a vytvoření všeobecně dostupných, spravedlivých, udržitelných a vysoce kvalitních zdravotních systémů zaměřených na lidi (Zdraví 2020, online).

V České republice poskytují zdravotní péči zdravotnická zařízení ve vlastnictví státu, krajů, obcí, fyzických a právnických osob. Rozdělení zdravotnických zařízení dle vlastnictví

je zobrazeno v Tab. 2.1. Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotních službách). Zdravotní péči poskytují také zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné. Zdravotní péče je poskytována:

- bez přímé úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění,
- na základě smluvního zdravotního pojištění bez přímé úhrady z prostředků Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a jiných zdravotních pojišťoven,
- bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu,
- za plnou nebo částečnou úhradu (Barták, 2010).

**Tab. 2.1 Členění zdravotnických zařízení**

Zdravotnická zařízení		
státní	nestátní	soukromé
zřizovatel		
Ministerstvo zdravotnictví ČR	kraj	fyzická osoba
		církev
ostatní centrální orgány	město / obec	jiná právnická osoba

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online], 2015. Vlastní zpracování.

Zdravotní péči mohou poskytovat pouze fyzické a právnické osoby, které vlastní oprávnění k poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách. Zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči musí splňovat standardy věcné a technické vybavenosti nutné pro druh a rozsah zdravotní péče dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Standard v oblasti lidských zdrojů je zajištěn vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení jsou stanoveny zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dodržování stanovených požadavků kontroluje Ministerstvo zdravotnictví ČR. V případě nesplnění požadavků na personální, věcnou a technickou vybavenost nebo v případě nevyhovění

hygienickým normám, může Ministerstvo zdravotnictví (nebo orgán příslušný k registraci daného zařízení) podle závažnosti závad rozhodnout o změně oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo o odnětí tohoto oprávnění.

## 2.2 Zdravotní péče a její klasifikace

Obecně je možné zdravotní péči dělit na primární, sekundární a terciární.

Primární péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením a ošetřováním. V České republice jsou do oblasti primární zdravotní péče řazeni praktičtí lékaři pro děti a dorost, všeobecní praktičtí lékaři, stomatologové, gynekologové. Lékaři poskytující primární péči zajišťují dlouhodobé a kontinuální monitorování zdravotního stavu pacienta.

Sekundární zdravotní péče je zaměřena na poskytování specializované zdravotní péče prostřednictvím zdravotnických institucí. Sekundární zdravotní péče je poskytována převážně v nemocnicích a odborných lůžkových zařízeních. Velmi často probíhá odeslání do sekundární zdravotní péče na základě doporučení péče primární.

Terciární péče je vysoce specializovanou a komplexní zdravotní péčí, která je poskytována zejména v zařízeních uskutečňujících postgraduální či pregraduální odbornou výuku. Jedná se např. o výzkumné ústavy zřizované Ministerstvem zdravotnictví ČR nebo fakultní nemocnice. Terciární zdravotní péči využije jen nízké procento celkové populace, ale jedná se o nejnákladnější péči (Vrabková, Vaňková, 2015).

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů jsou **rozlišovány druhy a formy zdravotní péče**. Zdravotní péčí se podle zákona o zdravotních službách rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, udržení, obnovení a zlepšení zdravotního stavu pacienta, prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoc při reprodukci a porodu a posuzování zdravotního stavu. V § 2 odst. 4 písm. b) téhož zákona je zdravotní péče definována také jako preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky. **Jednotlivé druhy zdravotní péče dělí zákon z hlediska naléhavosti poskytnutí zdravotní péče a podle účelu.**

**Zdravotní péče z hlediska naléhavosti** je zákonem o zdravotních službách rozdělena na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou. Cílem neodkladné péče je zamezení nebo

omezení vzniklých stavů, které bezprostředně ohrožují život pacienta nebo by mohly vést k náhlé smrti či vážnému ohrožení zdraví. Účelem akutní péče je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu a snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu, zjištění skutečností potřebných pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného procesu pacienta a předcházení tak stavu, ve kterém by pacient mohl ohrozit sám sebe nebo své okolí. Nezbytná péče je taková, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky. Pokud je pacientem občan z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země dříve, než původně zamýšlel. Plánovaná péče je taková péče, která není uvedena v předchozích charakteristikách jednotlivých druhů zdravotní péče podle časové naléhavosti poskytnutí. Jedná se zpravidla o plánované výkony např. náhradu kyčelního kloubu.

**Zdravotní péče podle jejího účelu poskytnutí** je dle zákona o zdravotních službách rozdělena na péči preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, lékárenskou a klinicko-farmaceutickou. Úkolem preventivní zdravotní péče je včasné vyhledání faktorů, které by mohly být příčinou vzniku nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta. Jedná se o opatření směřující k odstranění a minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku. Prostřednictvím diagnostické péče je zjišťován zdravotní stav pacienta a okolností, které zdravotní stav pacienta ovlivňují. V rámci této péče jsou zjišťovány potřebné informace ke stanovení diagnózy a následného stanovení léčebného postupu. Účelem dispenzární péče je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadně ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. K příznivému ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti dochází prostřednictvím léčebné péče. Cílem posudkové péče je zjištění, zda nebude zdravotní stav nemocného negativně ovlivněn nároky, které na něj klade výkon povolání a zda je zdravotní stav pacienta v souladu s předpoklady a požadavky stanovenými pro výkon daného povolání. Léčebně rehabilitační péče je taková, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta. Ošetrovatelská péče je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, uspokojování biologických

a sociálních potřeb. Dále je soustředěna na rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti. Zmírňování utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí je nazýváno paliativní péčí. Účelem lékařské a klinicko-farmaceutické péče je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv. Zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely. V rámci této péče je poskytováno také poradenství a další služby v oblasti prevence a onemocnění, podpory zdraví.

**Zákon o zdravotních službách definuje formy zdravotní péče jako péči ambulantní, jednodenní, lůžkovou a péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta.**

Ambulantní zdravotní péče je péče, která nevyžaduje hospitalizaci pacienta nebo jeho přijetí na lůžko. Ambulantní péče je dále členěna na primární, specializovanou a stacionární. Formou primární ambulantní péče je pacientovi poskytována preventivní, léčebná či diagnostická péče či konzultace. Specializovaná ambulantní péče je poskytována v rámci jednotlivých medicínských oborů, jako je např. stomatologie nebo gynekologie. Účelem stacionární péče je poskytování péče pacientům, jejichž stav vyžaduje každodenní ambulantní péči.

Jednodenní péče je péče, u které se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

Lůžková péče nemůže být pacientovi poskytnuta ambulantně. Pro její poskytnutí je nutná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu. Zákonem o zdravotních službách je lůžková péče dále rozčleněna na akutní lůžkovou péči intenzivní, akutní péči lůžkovou standardní, následnou lůžkovou péči a dlouhodobou lůžkovou péči. Akutní lůžková péče intenzivní je pacientovi poskytována v případech náhlého selhávání nebo ohrožení základních životních funkcí. Akutní lůžková péče standardní je pacientovi poskytována v případech s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením nemoci, které vážně ohrožuje jeho zdraví nebo život. V rámci akutní lůžkové péče standardní jsou také prováděny zdravotní úkony, které není možné provést ambulantně. Následná lůžková péče je poskytována pacientům se stanovenou diagnózou a stabilizovaným zdravotním stavem, který však vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče. Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav by se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče zhoršil. V rámci této péče může být

poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta může být vykonávána pouze v případě, že její poskytnutí není podmíněno technickým a věcným zdravotnickým vybavením. Tato péče může být pacientovi poskytována formou návštěvních hodin nebo domácí péče.

### **2.3 Financování zdravotní péče**

Systém správy, financování a poskytování zdravotní péče v Evropské unii je v kompetenci jednotlivých států. I když systém zdravotnictví v rámci EU není jednotný, v rámci členských zemí existuje spolupráce zejména v oblasti zlepšení informovanosti o záležitostech týkajících se veřejného zdraví nebo studia faktorů ovlivňující zdravotní stav populace.

V roce 1992 opustila Česká republika centrálně řízený systém zdravotní péče a od té doby je financování zdravotní péče založeno na systému veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění v ČR je upraveno dvěma hlavními legislativními předpisy, a to zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tento model financování zdravotní péče je založen na vzájemné solidaritě (Vrabková, Vaňková, 2015).

Nejčastěji využívanými finanční prostředky pro financování zdravotnictví jsou:

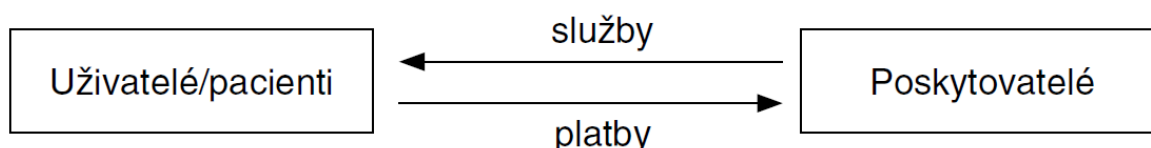
- přímé úhrady uživatelů/pacientů,
- prostřednictvím daní a poplatků,
- pomocí veřejného zdravotního pojištění (příspěvky pojištěnců),
- soukromé zdravotní pojištění.

V konkrétním státě zpravidla převažuje jeden dominantní způsob financování, který doplňují ostatní typy. Například v rámci systémů veřejného zdravotního pojištění a v systémech, které jsou financovány z daňových výnosů, může mít pacient možnost uzavřít doplňkové soukromé pojištění sloužící k úhradám nadstandardní péče, péče v zahraničí apod. Ve většině vyspělých států je financování zajištěno z více jak 50% prostřednictvím veřejných zdrojů (Barták, 2010).



Systém přímých úhrad je historicky nejstarším systémem financování. Pacient platí (finanční prostředky, naturálie, protislužba) za poskytnutou péči přímo poskytovateli. V mnoha méně rozvinutých státech je tento systém stále používán jako hlavní zdroj financování (Barták, 2010). V České republice jsou přímé platby omezeny na velmi malý okruh zdravotnických výkonů (např. některé kosmetické zákroky, umělé přerušení těhotenství). Systém přímých úhrad znázorňuje Schéma 2.2, ze kterého je zřejmé, že úhrada a poskytnutí služby není nijak zprostředkováváno.

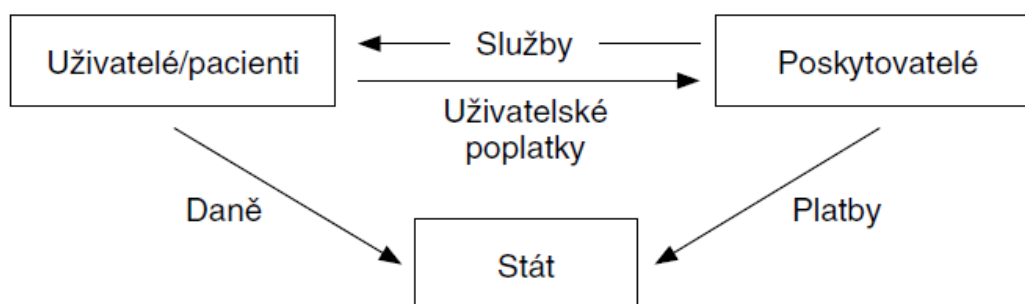
**Schéma 2.2 Vztahy mezi pacienty a poskytovateli v rámci přímých úhrad**



Zdroj: BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 2010. s. 84.

Dalším modelem je financování prostřednictvím daňových výnosů. V rámci tohoto modelu odvádí občané daně, ze kterých je následně poskytování zdravotních služeb hrazeno. Zpravidla se jedná o daně všeobecné, zejména o daň z příjmu a daně spotřební. V některých státech může být stanovena zdravotní daň, kdy např. určité procento z daňového výnosu určité daně připadá na sektor zdravotnictví. Systém financování zdravotní péče z daňových výnosů zobrazuje Schéma 2.3.

**Schéma 2.3 Vztahy v rámci financování daňových výnosů**

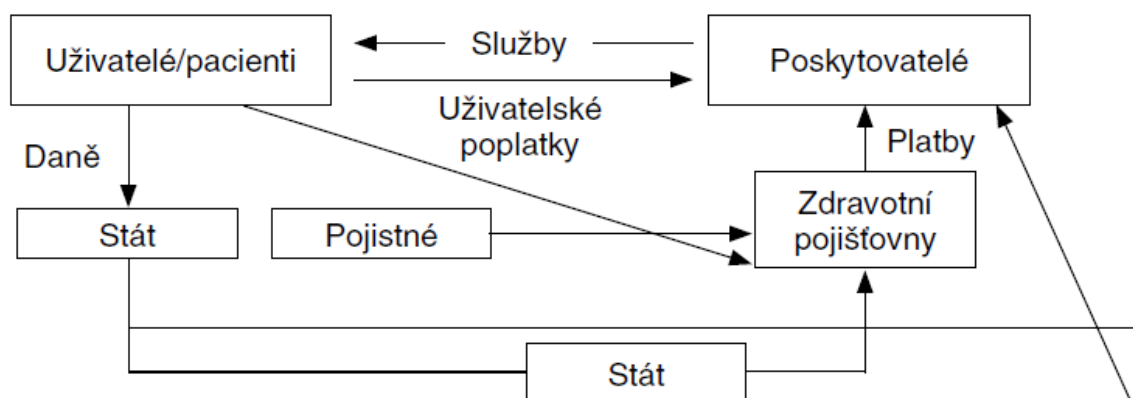


Zdroj: BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 2010. s. 84.

Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany s trvalým pobytem na území ČR a pro osoby zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění jsou dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů zaměstnanci a zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných

příjmů a stát. Podstatou zdravotního pojištění je pojištění proti riziku onemocnění. Toto riziko i nutnost úhrady příslušných zdravotních služeb s tímto rizikem spojených je přesunuto z občana (pacienta) na veřejně-správní subjekt, kterým je zdravotní pojišťovna. Mezi jednotlivými systémy existují rozdíly v počtu zdravotních pojišťoven (modely s jednou zdravotní pojišťovnou, modely pluralitní). K 1. 1. 2016 bylo na území ČR evidováno 7 zdravotních pojišťoven, včetně Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která je jako jediná zřízena na základě zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Vztahy mezi plátcí pojistného a zdravotními pojišťovnami jsou zobrazeny prostřednictvím Schéma 2.4.

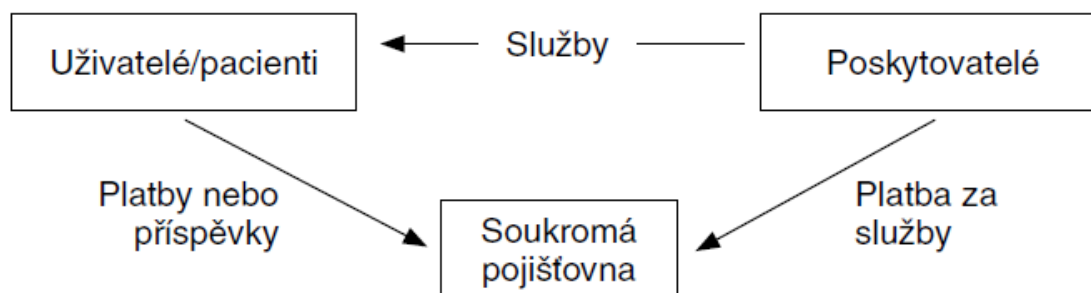
**Schéma 2.4 Vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění**



Zdroj: BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 2010. s. 84.

Soukromé zdravotní pojištění chrání pojištěného před rizikem ztráty příjmu z důvodu nemoci či úrazu. V čisté formě je toto pojištění založeno na pečlivém posouzení zdravotního stavu pojištěnce a následné kalkulaci zdravotních rizik zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna posuzuje riziko individuální (věk, pohlaví, zdravotní stav) a skupinové (pracovní zařazení, geografická rizika typická pro danou skupinu). U tohoto typu pojištění existuje reálná možnost, že nebude dostupné těm, kteří nemají dostatečné finanční prostředky, ale také těm, kteří jsou nemocní a to natolik, že po posouzení rizik pojišťovnou je vypočítané pojistné tak vysoké, že pojišťovna není ochotná dané pojištění sjednat. Zpravidla tedy platí, že více nemocní nebo více ohrožení lidé platí vyšší pojistnou sazbu. Soukromé zdravotní pojištění je sjednáváno individuálně nebo kolektivně (zaměstnavatel). V některých státech je soukromé zdravotní pojištění povinné. Vztahy v rámci soukromého pojištění vyobrazuje Schéma 2.5.

### Schéma2.5 Vztahy v rámci soukromého zdravotního pojištění



Zdroj: BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 2010. s. 84.

Úhrady poskytovatelům zdravotní péče definuje Barták (Barták, 2012, s. 59) jako jednu z funkcí financování. V žádném případě by úhrady, respektive úhradové mechanismy zdravotní péče neměly být zaměňovány s pojmem financování. Jak již bylo zmíněno, od roku 1992 bylo zavedeno financování zdravotní péče ze zdravotního pojištění. Od tohoto roku byly nemocnice financovány v rámci veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím plateb za výkon. Ze strany nemocnic byly vykazovány provedené výkony v bodech a hodnota bodu se odvíjela od příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven. Toto vedlo ke zbytečnému prodlužování doby léčby a následně k nedostatku finančních prostředků na zdravotní péči.

#### 2.3.1 Systémy financování vybrané zdravotní péče

Nemocnice, pokud nepatří mezi soukromé, hospodaří zpravidla jako příspěvkové organizace. Stále častějším jevem je však přeměna stávajících nemocnic na akciové společnosti či na společnosti s ručením omezeným, jejichž hlavním cílem je dosažení zisku (Staňková, 2013). Ekonomika nemocnic je závislá především na celkovém počtu ošetřovaných dnů, tzv. „lůžkodnů“. Počet těchto dnů je závislý na jednotlivých oborech a vlivu technického pokroku, který umožňuje snižovat délku pobytu pacientů v nemocnici.

Prostřednictvím globálních rozpočtů získávají nemocnice fixní rozpočet ke krytí všech služeb. Blokové financování zajišťuje přímá opatření ke shromáždění informací o výdajích nemocnice a poskytované prostředky jsou adekvátní. Charakteristikou globálního rozpočtu je stanovení výdajového stropu respektive cílového objemu vynaložených prostředků. Správně nastavený globální rozpočet je kompromisem mezi náklady poskytovaných zdravotních služeb a jejich objemem při zachování minimálních standardů kvality (Barták, 2010).

Různé formy zdravotní péče jsou financovány prostřednictvím různých metod.

Ambulantní péče je péčí poskytovanou lékaři v privátních praxích (soukromých ordinacích, ambulancích) nebo v rámci nemocnic či větších zařízeních poskytujících vedle této činnosti také např. následnou nebo nemocniční péči. Za tento druh péče není považována péče poskytnutá v době hospitalizace. Nejčastěji uváděným příkladem ambulantní péče je péče lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost. Tato péče může být hrazena těmito variantami:

- kombinovaná kapitačně výkonová platba,
- kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním,
- výkonová úhrada s hodnotou bodů.

Kombinovaná kapitačně výkonová platba se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců<sup>1</sup> příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce této zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazby jsou dle rozsahu ordinačních hodin příslušného lékaře stanoveny Vyhláškou č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015 stanoveny ve výši 52 Kč, 49 Kč nebo 47 Kč.

Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním je poskytována s ohledem na geografické podmínky, kdy lékař poskytující danou péči nedosahuje 70% celostátního průměru přepočtených registrovaných pojištěnců. Dorovnání lze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

Výkonová úhrada s hodnotou je prováděna za poskytnuté služby dle seznamu výkonů, kde jsou jednotlivé úkony ohodnoceny ve výši 0,95 Kč nebo ve výši 0,90 Kč.

Lůžková péče je poskytována v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní ústavní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Úhrady zdravotnickým zařízením tohoto typu v roce 2015 zahrnují:

- individuální smluvně sjednanou složku úhrady -zahrnuje úhradu na zdravotní péči podle klasifikace pacientů do skupin vztažené k diagnóze (DRG),

---

<sup>1</sup> Přepočtený počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách a indexů, stanovených Vyhláškou č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

- paušální složkou úhrady za hospitalizační péči,
- úhradu formou případového paušálu.

Ústavní péče, tzv. akutní lůžková péče je financována paušální platbou - metodou DRG.

**DiagnosisRelated Group – DRG** je úhradový mechanismus využívaný především v nemocniční péči. Klasifikace DRG je založena na tom, že jednotlivé případy nemocniční péče klasifikované do jedné DRG skupiny jsou kromě klinické příbuznosti podobné i nákladově. Hlavním kritériem pro zařazení do určité skupiny je tedy stanovená diagnóza nemocného nebo určitý zdravotní výkon. Při použití DRG pro úhradu zdravotní péče je potřeba stanovit tzv. relativní váhy, které vyjadřují vzájemný vztah nákladovosti případů klasifikovaných do jednotlivých DRG skupin. Toto číslo stanovuje, kolikrát jsou průměrné náklady případů léčení klasifikovaných do dané skupiny větší či menší než náklady zvolené referenční skupiny (Kožený a kol., 2010). Ne každá diagnóza a výkon má svoji skupinu. Naopak každá skupina zahrnuje i několik desítek diagnóz. DRG systém rozlišuje 25 hlavních diagnostických kategorií, které jsou dále rozčleněny do 941 podskupin. Způsob zařazování jednotlivých případů do těchto skupin je dán v definičním manuálu DRG. Rozčlenění do DRG skupin může sloužit také jako nástroj pro hodnocení nemocniční péče, porovnávání kvality zdravotní péče, určení nákladovosti zdravotní péče apod. Systém DRG byl vyvinut v roce 1960 na Yale univerzitě. Prostřednictvím systému plateb za diagnostické skupiny bylo již před třemi lety financováno 75 % nemocniční péče (Staňková, 2013).

Následná lůžková péče poskytovaná především v odborných léčebných ústavech a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Je hrazena předběžnou měsíční úhradou ve výši odpovídající objemu zdravotní péče vykázaného za konkrétní pololetí předchozího roku a řídí se cenami platnými pro daný rok.

Zdravotnická záchranná služba je služba první pomoci pro řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby. Přesné vymezení této služby je stanoveno zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů. Záchranné zdravotnické služby jsou financovány prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, státního rozpočtu a rozpočtu krajů.

## 2.4 Sít' nemocničních zařízení v ČR

Nemocnice mají v systému zdravotní péče zvláštní postavení. Toto je dáno jejich specifickými funkcemi a vysokým podílem spotřeby finančních zdrojů na celkových výdajích zdravotnictví. Prioritní funkcí nemocnic je poskytování lůžkové základní a specializované

diagnostické a léčebné péče. Definice pojmu nemocnice není upravena žádnou právní normou. Nemocnice je možné definovat jako lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým s požadovanou kvalifikací a je schopno nepřetržitě poskytovat lékařské a ošetrovatelské služby. K základním právním normám vztahujícím se ke službám poskytovaným v nemocnicích patří, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o ochraně veřejného zdraví) a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění).

Nemocnice je možné klasifikovat dle různých hledisek.

- Podle druhu převažující péče na:
  - všeobecné,
  - specializované.
- Podle průměrné ošetrovací doby na:
  - nemocnice pro akutní péči,
  - nemocnice pro dlouhodobou péči.
- Podle typu vlastnictví na:
  - nemocnice ve vlastnictví a správě státu,
  - nemocnice ve správě měst a obcí,
  - soukromé neziskové nemocnice,
  - soukromé ziskové nemocnice.
- Podle velikosti na základě rozsahu lůžkového fondu na:
  - malé do 300 lůžek,

- střední od 300 – 599 lůžek,
- velké 600 a více lůžek (Popesko a kol., 2014).
- Podle organizačně-právního členění na:
  - příspěvkové organizace,
  - obecně prospěšné organizace,
  - veřejné obchodní společnosti.

Síť zdravotnických zařízení ústavní péče byla koncem roku 2013 složena ze 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek (v tom 47 033 lůžek akutní péče, 7 652 lůžek následné péče a 2 122 lůžek novorozeneckých) a 158 odborných léčebných ústavů (včetně ozdravoven a hospiců, bez lázeňských léčeben) s celkem 21 197 lůžky. Lůžka v psychiatrických léčebnách představovala z celkového lůžkového fondu odborných léčebných ústavů 41,8 % (8 856 lůžek), lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné tvořila 33,8 % (7 171 lůžek). Počty nemocnic k 31. 12. 2013 dle jednotlivých krajů jsou zobrazeny v Tab. 2.2.

**Tab. 2.2 Počty nemocnic, lůžek a hospitalizovaných pacientů dle krajů k 31. 12. 2013**

Území	Zařízení	Lůžka	Hospitalizovaní pacienti
Karlovarský kraj	5	1 372	54 017
Kraj Vysočina	6	2 495	101 038
Liberecký kraj	8	2 454	88 601
Jihočeský kraj	9	3 171	128 779
Královéhradecký kraj	9	3 286	106 805
Pardubický kraj	9	2 500	89 155
Olomoucký kraj	9	3 019	128 597
Zlínský kraj	10	2 598	113 895
Plzeňský kraj	11	3 320	115 843
Moravskoslezský kraj	18	5 838	246 868
Ústecký kraj	20	4 873	174 974
Jihomoravský kraj	21	7 156	260 621
Středočeský kraj	25	5 634	205 590
Hlavní město Praha	28	9 091	341 743
<b>Česká republika</b>	<b>188</b>	<b>56 807</b>	<b>2 156 522</b>

Zdroj: Český statistický úřad[online], 2015. Vlastní zpracování.

Na území hlavního města Prahy je i přes nejmenší rozlohu území koncentrován nejvyšší počet nemocnic. Nejmenší počet nemocnic je možné najít v Karlovarském kraji. V případě, že nebude brán zřetel na hlavní město Prahu, jedná se dle velikosti v km<sup>2</sup> o druhý nejmenší kraj v České republice. Počet nemocnic je ovlivněn také hustotou zalidnění v daném kraji. Hustota zalidnění hlavního města Prahy je více než 2500 obyv./km<sup>2</sup>. Druhou nejvíce zalidněnou oblastí je Moravskoslezský kraj s 230 obyv./km<sup>2</sup>, nejméně zalidněnou oblastí je Jihočeský kraj s 63 obyv./km<sup>2</sup>.

## **2.5 Charakteristika jednotlivých právních forem nemocnic**

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, mohou být nemocnice být zřizovány v různých právních formách. Ve formě příspěvkové organizace jsou nemocnic nejčastěji zřizovány ze strany měst a krajů. Zvláštní statut mají fakultní nemocnice, které jsou zřizovány a provozovány jako příspěvkové organizace přímo podřízené svému zřizovateli, nejčastěji tedy Ministerstvu zdravotnictví ČR. Příspěvkovým organizacím států a vyšších územně samosprávných celků jsou věnovány dílčí části této kapitoly.

Obecně prospěšné společnosti se řídí zákonem č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Jsou zřizovány za účelem poskytování obecně prospěšných služeb. Výsledek hospodaření těchto společností nemůže být využit ku prospěchu zakladatelů nebo zaměstnanců, ale musí být vždy použit na poskytování služeb, pro které byla společnost zřízena. Zakladatelem této společnosti může být stát, vyšší územně samosprávný celek, fyzická nebo právnická osoba. Společnost je založena sepsáním zakladatelské smlouvy a vzniká dnem zápisu do rejstříku obecně prospěšných společností. Obecně prospěšné společnosti fungují především v oblasti zdravotnictví, sociálních služeb, školství a kultury (Merlíčková Růžicková, 2013).

Veřejné obchodní společnosti jsou osobní obchodní společnosti, které jsou zakládány společenskou smlouvou a vznikají dnem zápisu do obchodního rejstříku. Hlavním cílem těchto společností je zpravidla vytváření zisku. Nejčastější právní formou obchodní společnosti je akciová společnost nebo společnost s ručením omezeným, viz podkapitola 2.5.3.

### **2.5.1 Příspěvkové organizace státu**

Příspěvková organizace (dále jen PO) řízená organizační složkou státu vykonává hlavní činnost definovanou zvláštním zákonem nebo zřizovací listinou. Hlavní činnost může být vykonávána za úplatu. PO hospodaří s peněžními prostředky přijatými ze státního rozpočtu



v rámci finančních vztahů stanovených zřizovatelem. Příspěvková organizace dále hospodaří s prostředky svých fondů, prostředky získanými jinou činností, s peněžními dary od právnických a fyzických osob, peněžními prostředky poskytnutými ze zahraničí a s prostředky z Národního fondu. Postup poskytování finančních prostředků příspěvkové organizaci a její hospodaření upravuje zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o rozpočtových pravidlech). Zřizovatel poskytuje příspěvkové organizaci finanční prostředky formou otevíraného limitu – pravidla čtvrtletního, a to na čerpání příspěvku na provoz PO, pokud vlastní příjmy PO nestačí na financování potřeb, v opačném případě zřizovatel stanoví PO odvod finančních prostředků z rozpočtu PO do státního rozpočtu. Výši příspěvku na provoz a jeho čerpání zároveň může zřizovatel vázat na předem stanovené ukazatele, zpravidla na jednotku výkonu, je-li možné ji stanovit. Své příjmy příspěvková organizace používá formou výdajů na krytí nákladů spojených se svou činností. Zákon o rozpočtových pravidlech v obecné rovině zakotvuje povinnost použít finanční prostředky hospodárně na financování vymezených potřeb. V případě zhoršování hospodářského výsledku oproti plánu se PO zavazuje přijmout vhodná opatření k nápravě a dosažení plánovaného výsledku. Jedná se o snahu minimalizování tlaků na zvyšování příspěvků na provoz z rozpočtu zřizovatele. Zřizovatel může PO vymežit zřizovací listinou také možnost vykonávání jiné činnosti. Hospodaření jiné činnosti musí být sledováno odděleně od rozpočtu PO a mělo by být ziskové. Hospodářský výsledek PO pak tvoří výsledek hospodaření z hlavní činnosti a zisk po zdanění z jiné činnosti. Příspěvkové organizace zřizované státem tvoří ze zlepšeného výsledku hospodaření po úhradě předchozích zhoršených výsledků hospodaření fondy. Konkrétní výši přidělů do jednotlivých fondů upravuje zákon o rozpočtových pravidlech. PO může získávat i další příjmy, např. příjmy od fyzických či právnických osob ve formě darů, ze kterých tvoří rezervní fond (Merlíčková Růžicková, 2013).

### **2.5.2 Příspěvkové organizace územních samosprávných celků**

Územní samosprávný celek zřizuje příspěvkové organizace pro takové činnosti ve své působnosti, které jsou zpravidla neziskové a jejichž rozsah, struktura a složitost vyžadují samostatnou právní subjektivitu. PO zřízené krajem nebo obcí jsou tedy zapisovány do obchodního rejstříku. Zřizování příspěvkových organizací územně samosprávných celků je zcela v kompetenci příslušného zastupitelstva. Zřizovatel o vzniku příspěvkové organizace musí vydat zřizovací listinu s náležitostmi dle § 27 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. Ve zřizovací listině jsou

stanoveny také okruhy doplňkové činnosti navazující na hlavní účel příspěvkové organizace, kterou jí zřizovatel povolí k tomu, aby mohla lépe využívat všechny své hospodářské možnosti a odbornost svých zaměstnanců. Doplňková činnost organizace nesmí narušovat plnění jejího hlavního účelu. Doplňková činnost je sledována samostatně.

PO kraje hospodaří se svěřeným majetkem, jehož rozsah je stanoven ve zřizovací listině. Příspěvková organizace nabývá majetek pro svého zřizovatele, není-li stanoveno jinak. Do svého vlastnictví může PO nabýt pouze majetek potřebný k výkonu činnosti, pro kterou byla zřízena a způsoby stanovenými zákonem o rozpočtových pravidlech. Jedná se zpravidla o nabití majetku formou:

- bezúplatného převodu od zřizovatele,
- daru s předchozím souhlasem zřizovatele,
- děděním s písemným souhlasem zřizovatele,
- jiným způsobem na základě rozhodnutí zřizovatele.

Pokud se majetek PO stane pro organizaci nepotřebným, musí být přednostně a bezúplatně nabídnut zřizovateli.

Ke vzniku, k rozdělení, sloučení, splynutí či zrušení příspěvkové organizace dochází dnem určeným zřizovatelem v rozhodnutí, jímž určí, v jakém rozsahu přechází majetek, práva a závazky dané PO na nové anebo přejímající organizace. Rozhodne-li zřizovatel o zrušení organizace, přechází uplynutím dne uvedeného v jeho rozhodnutí o zrušení její majetek, práva a závazky na zřizovatele. Ke sloučení nebo splynutí příspěvkové organizace může dojít pouze u příspěvkových organizací téhož zřizovatele.

Stejně jako příspěvkové organizace zřízení státem hospodaří PO zřízené územně samosprávným celkem s peněžními prostředky získanými vlastní činností a s peněžními prostředky přijatými z rozpočtu svého zřizovatele. Dále hospodaří s prostředky svých fondů, s peněžními dary od fyzických a právnických osob, peněžními prostředky poskytnutými z Národního fondu a ze zahraničí. Příspěvková organizace dále hospodaří s dotací na úhradu provozních výdajů. Příspěvek na provoz své příspěvkové organizaci poskytuje zřizovatel zpravidla v návaznosti na výkony nebo jiná kritéria jejích potřeb. Pokud finanční prostředky určené na úhradu provozních výdajů nejsou ze strany PO vyčerpány, jsou převáděny do rezervního fondu jako zdroj financování v následujících letech a mohou se použít pouze na

stanovený účel. V rezervním fondu jsou tyto zdroje sledovány odděleně. Pokud příspěvková organizace vytváří ve své doplňkové činnosti zisk, může jej použít pouze ve prospěch své hlavní činnosti, pokud ze strany zřizovatele nebylo PO povoleno jiné využití tohoto zdroje. Kontrola hospodaření příspěvkové organizace je prováděna zřizovatelem. Pokud plánované výnosy PO překračují její plánované náklady nebo pokud jsou investiční zdroje PO větší než jejich potřeba užití dle rozhodnutí zřizovatele, může zřizovatel PO uložit odvod do svého rozpočtu. V případě porušení rozpočtové kázně ze strany organizace je ze strany zřizovatele PO uložen odvod do rozpočtu zřizovatele ve výši neoprávněně použitých finančních prostředků. Porušení rozpočtové kázně je definováno § 28 zákona o rozpočtových pravidlech.

Příspěvková organizace nesmí zřizovat nebo zakládat právnické osoby nebo mít majetkovou účast v právnické osobě zřízené za účelem podnikání. Příspěvková organizace dále není oprávněna ručit za závazky třetích osob nebo je jinak zajišťovat, není oprávněna nakupovat akcie či jiné cenné papíry nebo poskytovat dary jiným subjektům.

Příspěvková organizace územně samosprávného celku musí tvořit tyto fondy:

- rezervní fond,
- fond investic,
- fond odměn,
- fond kulturních a sociálních potřeb.

Rezervní fond je vytvářen ze zlepšeného výsledku hospodaření organizace na základě schválení jeho výše zřizovatelem po skončení roku, sníženého o případné převody do fondu odměn. Zlepšený výsledek hospodaření příspěvkové organizace je vytvořen, pokud skutečné výnosy jejího hospodaření spolu s přijatým provozním příspěvkem jsou vyšší než provozní náklady organizace. Rozdělení zlepšeného výsledku do rezervního fondu a fondu odměn schvaluje zřizovatel. Rezervní fond s výjimkou účelově určených peněžních darů a s výjimkou dotací na úhradu provozních výdajů využívá PO k dalšímu rozvoji své činnosti, úhradě případných sankcí uložených zřizovatelem za porušení rozpočtové kázně nebo úhradě své ztráty za předchozí léta. Zřizovatel může dát příspěvkové organizaci souhlas k tomu, aby část rezervního fondu byla použita k posílení fondu investičního (s výjimkou účelově určených peněžních prostředků).

Fond investic je příspěvkovou organizací vytvářen k financování investičních potřeb. Jeho zdrojem jsou prostředky ve výši odpisů hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku, investiční příspěvek z rozpočtu zřizovatele, příjmy z prodeje svěřeného dlouhodobého hmotného majetku, peněžní dary a příspěvky od jiných subjektů, jsou-li určené nebo použitelné k investičním účelům, převody z rezervního fondu ve výši povolené zřizovatelem. Fond investic příspěvková organizace využívá k pořízení a technickému zhodnocení hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku, úhradě investičních půjček a úvěrů, k odvodu do rozpočtu zřizovatele pokud byl PO uložen nebo k navýšení peněžních prostředků určených na financování údržby oprav majetku, který příspěvková organizace používá pro svou činnost. Takto použité prostředky z investičního fondu jsou převáděny do výnosů příspěvkové organizace. Se souhlasem zřizovatele může být ke krytí investičních potřeb PO využito také financování prostřednictvím investičních úvěrů nebo půjček.

Fond odměn je vytvářen ze zlepšeného výsledku hospodaření příspěvkové organizace, a to do výše jeho 80 %, nejvýše však do výše 80 % objemu prostředků na platy stanoveného zřizovatelem nebo zvláštním právním předpisem, a peněžními dary účelově určenými na platy. Převod peněžních prostředků do fondu odměn je schvalován zřizovatelem. Prostředky fondu odměn jsou určeny na úhradu odměn zaměstnanců. Přednostně jsou, z fondu odměn hrazeny případná překročení stanoveného objemu prostředků na platy.

Fond kulturních a sociálních potřeb je tvořen základním přidělem na vrub nákladů PO z ročního objemu nákladů zúčtovaných na platy a náhrady platů, popřípadě na mzdy a náhrady mezd a odměn za pracovní pohotovost, na odměny a ostatní plnění za vykonávanou práci. Převod peněžních prostředků do fondu kulturních a sociálních potřeb schvaluje zřizovatel. Fond kulturních a sociálních potřeb je tvořen k zabezpečování kulturních, sociálních a dalších potřeb a je určen zaměstnancům a jiným osobám definovaným zákonem o rozpočtových pravidlech. Další příjmy, výši tvorby a hospodaření s fondem kulturních a sociálních potřeb stanoví Ministerstvo financí ČR vyhláškou.

### **2.5.3 Obchodní korporace**

Pojem obchodní korporace zahrnuje všechny formy obchodních společností (spol. s ručením omezeným, akciovou spol., komanditní spol., veřejnou obchodní spol., evropskou spol. a evropské hospodářské zájmové sdružení) i družstev (tedy družstvo v užším smyslu, bytové družstvo, sociální družstvo a evropské družstvo). Zákon o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů v § 23 stanovuje, že územně samosprávně celky mohou mimo jiné

zakládat také obchodní společnosti, a to jak akciové společnosti, tak společnosti s ručením omezeným. Tyto společnosti blíže definuje právě zákon věnovaný obchodním korporacím a to zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o obchodních korporacích). Akciové společnosti i společnosti s ručením omezeným jsou zakládány společenskou smlouvou.

Společnost s ručením omezeným může být založena jediným společníkem nebo více společníky. Firma obsahuje označení „společnost s ručením omezeným“, které může být nahrazeno zkratkou „spol. s r.o.“ nebo „s.r.o.“. Pokud není stanoveno společenskou smlouvou jinak, je minimální výše vkladu do majetku společnosti 1 Kč. Vklad společníka může být také nepeněžního charakteru. Společnost je založena podpisem nebo podpisy společenské smlouvy, vzniká však až dnem zápisu do obchodního rejstříku. Za své závazky společnost odpovídá celým svým majetkem.

Akciová společnost je taková společnost, jejíž kapitál je rozvržen do určitého počtu akcií. S akciemi je následně obchodováno na kapitálových trzích a nákupem akcie se každý může stát podílníkem v akciové společnosti. Firma obsahuje označení „akciová společnost“, které může být nahrazeno zkratkou „akc. spol.“ nebo „a.s.“. K založení akciové společnosti je vyžadováno přijetí stanov. Ten, kdo přijal stanovy a podílí se na úpisu akcií, je zakladatelem. Minimální výše základního kapitálu akciové společnosti je 2 000 000 Kč nebo 80 000 EUR. Akciová společnost vzniká dnem zápisu do obchodního rejstříku.

#### **2.5.4 Nestátní neziskové organizace**

Nestátní neziskové organizace nejsou zřizovány státem. Jedná se o společnosti určené k obecně prospěšné činnosti nebo k neziskové činnosti pro soukromý prospěch. Nestátními neziskovými organizacemi v České republice mohou být např. spolky, obecně prospěšné společnosti, fundace, registrované církve a náboženské společnosti a jiné.

Církvi a náboženskou společností se rozumí dobrovolné sdružení osob s vlastní strukturou, orgány, vnitřními předpisy, náboženskými obřady a projevy víry založené za účelem vyznávání určité náboženské víry. Církve jsou právnickou osobou vznikající dnem registrace na Ministerstvu kultury ČR, které dané církvi přidělí identifikační číslo. Hospodaření církví a náboženských společností se řídí zákonem č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech). Zdrojem financování mohou být výnosy z vlastního majetku, církevní sbírky, dotace Ministerstva kultury ČR či Ministerstva

školy, mládeže a tělovýchovy ČR, dary od fyzických a právnických osob a další. Jako doplňková činnost mohou být vykonávány podnikatelské aktivity.

### **3 Analýza hospodaření vybraných zdravotnických zařízení ve sledovaných letech**

Za účelem analýzy hospodaření byly vybrány Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace a Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace. Obě nemocnice jsou zřízeny Jihomoravským krajem a jsou významným poskytovatelem zdravotních služeb na daném území. Rozbor hospodaření vybraných nemocnic je proveden za období 2005–2014. Pro analýzu byla použita především data z výročních zpráv nemocnic za dané období a data získaná z portálu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

V jednotlivých podkapitolách je provedena analýza celkového výsledku hospodaření po zdanění, a analýza výsledků hospodaření po zdanění pro hlavní i doplňkovou činnost nemocnic.

#### **3.1 Charakteristika vybraných nemocnic**

**Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace** (dále jen Nemocnice Kyjov) se sídlem Strážovská 1247, Kyjov, IČO 00226912 se ve smyslu ust. § 2 odst. 2 zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, se stala dnem 1. 1. 2003 příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje. Předmětem hlavní činnosti Nemocnice Kyjov je poskytování ambulantní, jednodenní a lůžkové zdravotní péče (diagnostické, dispenzární, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské), výdej a prodej léčiv a zdravotnických prostředků, zpracování krve včetně produkce krevních derivátů, zdravotnická dopravní služba, poskytování lékařské pohotovostní služby, zajištění odborné praxe studentů středních zdravotních škol, lékařských a farmaceutických fakult, sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. V areálu nemocnice působí celkem 47 odborných ambulancí, několik dalších je umístěno na poliklinice v Kyjově, Veselí nad Moravou i Hodoníně. V rozsahu potřebném pro zajištění výše uvedených činností je zajišťována také činnost ekonomická, technicko-provozní a administrativní včetně činnosti obslužných provozů. Doplňková činnost je stanovena zřizovací listinou, jedná se např. o tržby za distribuci prádla pro cizí subjekty či o výnosy za kosmetické výkony. Spolu s Nemocnicí TGM Hodonín, příspěvkovou organizací poskytují zdravotní služby v rámci okresu Hodonín (více než 160 000 obyvatel). V roce 2016 slaví Nemocnice Kyjov 70 let od svého založení.

**Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace** (dále jen Nemocnice Vyškov) se sídlem Purkyňova 36, Vyškov, IČO 00839205 se stejně jako Nemocnice Kyjov ke dni 1. 1. 2003 stala ve smyslu ust. § 2 odst. 2 zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje. Předmětem hlavní činnosti Nemocnice Vyškov je poskytování ambulantní, jednodenní a lůžkové formy zdravotní péče (preventivní, diagnostické, dispenzární, léčebné, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské), výdej a prodej léčiv a zdravotnických prostředků, zpracování krve včetně produkce krevních derivátů, poskytování léčebné pohotovostní služby, řešení úkolů ve vědě, výzkumu a rozvoji, zajištění odborné praxe studentů středních zdravotních škol, lékařských, farmaceutických a jiných fakult. V rámci doplňkové činnosti poskytuje Nemocnice Vyškov služby praní, žehlení a mandlování prádla a prodej stravy cizím strávníkům. Doplňková činnost je provozována v rámci zařízení pro hlavní činnost organizace z důvodu schopnosti vytvoření vyšší produkce, než je potřeba vlastního zařízení. Pro plynulý chod zařízení jsou v potřebném rozsahu zajišťovány také činnosti ekonomické, technicko-provozní, administrativní a obslužné. Nemocnice Vyškov poskytuje léčebnou péči jako jediné nemocniční zařízení v okrese Vyškov (více než 90 000 obyvatel). V roce 2009 získala Nemocnice Vyškov ocenění Organizace HealthCare Institute a získala třetí místo Nemocnice ČR 2009 dle finančního zdraví v kategorii Nemocnice – příspěvková organizace ČR, 351–900 lůžek.

Nemocnice Kyjov k 31. 12. 2014 disponovala 483 lůžky, Nemocnice Vyškov ke stejnému datu disponovala 431 lůžky. Lůžkový fond Nemocnice Kyjov byl tedy k 31. 12. 2014 o 52 lůžek vyšší než lůžkový fond nemocnice Vyškov. Obě zdravotnická zařízení jsou dle velikosti (počtu lůžek) řazeny do kategorie středně velkých nemocnic (Popesko, 2014). Počet lůžek vybraných medicínských oborů znázorňuje Tab. 3.1 Počty lůžek vybraných medicínských oborů v roce 2014. Největší počet lůžek v roce 2014 mělo oddělení následné péče Nemocnice Vyškov a to 90. Největším oddělením Nemocnice Kyjov byla interna se 71 lůžky. Nemocnice Vyškov disponuje o 46,7% vyšším lůžkovým fondem v oblasti následné péče. Mezi oddělení s největším lůžkovým fondem patří v rámci obou nemocnic oddělení chirurgie – Nemocnice Kyjov 60 lůžek, Nemocnice Vyškov 64 lůžek.



K nejmenším oddělením v obou zařízeních patří specializovaná oddělení jednotky intenzivní péče (JIP) a ARO lůžkové, v tabulce souhrnně označeny jako „ostatní oddělení“.

**Tab. 3.1 Počty lůžek vybraných Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov dle jednotlivých oddělení k 31. 12. 2014**

Oddělení	Nemocnice Kyjov	Nemocnice Vyškov
interna	71	76
infekční	20	x
TRN	24	15
neurologie	30	40
pediatrie	24	30
novorozenecké	14	10
gynekologie	21	15
porodní	20	15
chirurgie	60	64
ortopedie	29	x
urologie	20	20
ORL	20	10
oftalmologie <sup>2</sup>	8	x
dermatovenerologie <sup>3</sup>	15	x
rehabil. a fyz. med.	20	20
následná péče	48	90
ostatní oddělení	39	26
<b>Celkem</b>	<b>483</b>	<b>431</b>

Zdroj: Výroční zpráva Nemocnice Kyjov 2014, Výroční zpráva Nemocnice Vyškov 2014. Vlastní zpracování.

Vývoj lůžkového fondu v Nemocnici Kyjov a Nemocnici Vyškov zachycuje Tab. 3.2 Lůžkový fond a jeho meziročních změny ve vybraných nemocnicích v letech 2005–2014. U obou sledovaných nemocnic došlo ke snížení celkového lůžkového fondu. Nemocnice Kyjov v letech 2005–2010 disponovala stejným lůžkovým fondem, který činil 495 lůžek v rámci celého zařízení. K prvnímu poklesu tedy došlo mezi roky 2010 a 2011 a to o 51 lůžek. V roce 2012 zůstal stav neměnný. Od tohoto roku lůžkový fond nemocnice opět klesá, v roce 2013 v porovnání s rokem předchozím o 15 lůžek, v roce 2014 o dalších 16 lůžek.

<sup>2</sup> Oftalmologie – oční lékařství.

<sup>3</sup> Dermatovenerologie – lékařský obor zabývající se kožními a pohlavními chorobami.

V Nemocnici Kyjov klesl celkový lůžkový fond v letech 2005–2014 o 15,16 %. První pokles lůžkového fondu v Nemocnici Vyškov, i když pouze o osm lůžek, je zaznamenán o dva roky dříve než u Nemocnice Kyjov, a to už v roce 2009. V roce 2011 došlo v porovnání s rokem předchozím k dalšímu poklesu, tentokrát o 34 lůžek. Poslední pokles počtu lůžek byl zaznamenán v mezi roky 2012–2013 na 431 lůžek a tento stav se nezměnil ani v roce 2014. Celkový pokles lůžkového fondu Nemocnice Vyškov za období 2005–2014 byl 13,49 %, což je o 1,67 % méně než pokles lůžkového fondu Nemocnice Kyjov.

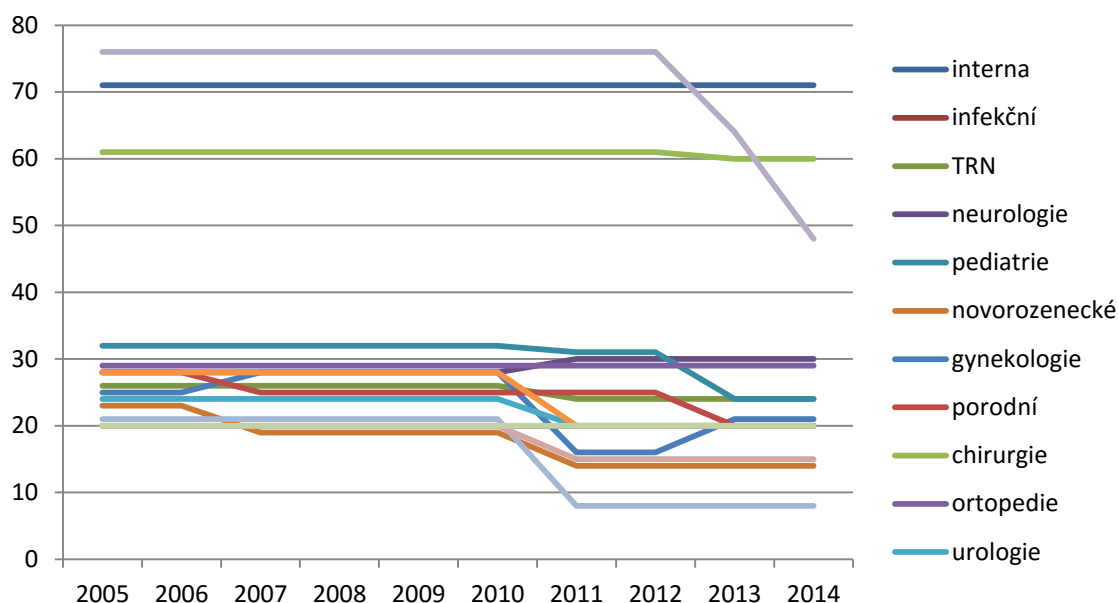
**Tab. 3.2 Lůžkový fond a jeho meziročních změny ve vybraných nemocnicích v letech 2005–2014**

Rok	Nemocnice Kyjov		Nemocnice Vyškov	
	počet lůžek	změna v počtu lůžek	počet lůžek	změna v počtu lůžek
2005	565	-	495	-
2006	565	0,00%	495	0,00%
2007	565	0,00%	495	0,00%
2008	565	0,00%	495	0,00%
2009	565	0,00%	487	-1,62%
2010	565	0,00%	483	-0,82%
2011	514	-9,03%	449	-7,04%
2012	514	0,00%	449	0,00%
2013	499	-2,92%	431	-4,01%
2014	483	-3,21%	431	0,00%
<b>Změna 2005–2014</b>	<b>-82</b>	<b>-15,16%</b>	<b>-64</b>	<b>-13,49%</b>

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov. Vlastní zpracování.

Vývoj počtu lůžek jednotlivých oddělení vybraných nemocnic zachycuje pro Nemocnici Kyjov graf na Obr. 3.1 a pro Nemocnici Vyškov graf na Obr. 3.2. Vzhledem k nízkému počtu lůžek specializovaných oddělení jednotek intenzivní péče a oddělení ARO lůžkové, nejsou tato oddělení v grafech zahrnuta. Nemocnice Kyjov nemá oddělení neurologie JIP, v Nemocnici Vyškov se nenachází oddělení infekční, ortopedie, oftalmologie, dermatovenerologie a gynekologie JIP. Ani v jedné z nemocnic se nenachází oddělení psychiatrie.

**Obr. 3.1 Nemocnice Kyjov – vývoj lůžkového fondu vybraných oddělení v letech**

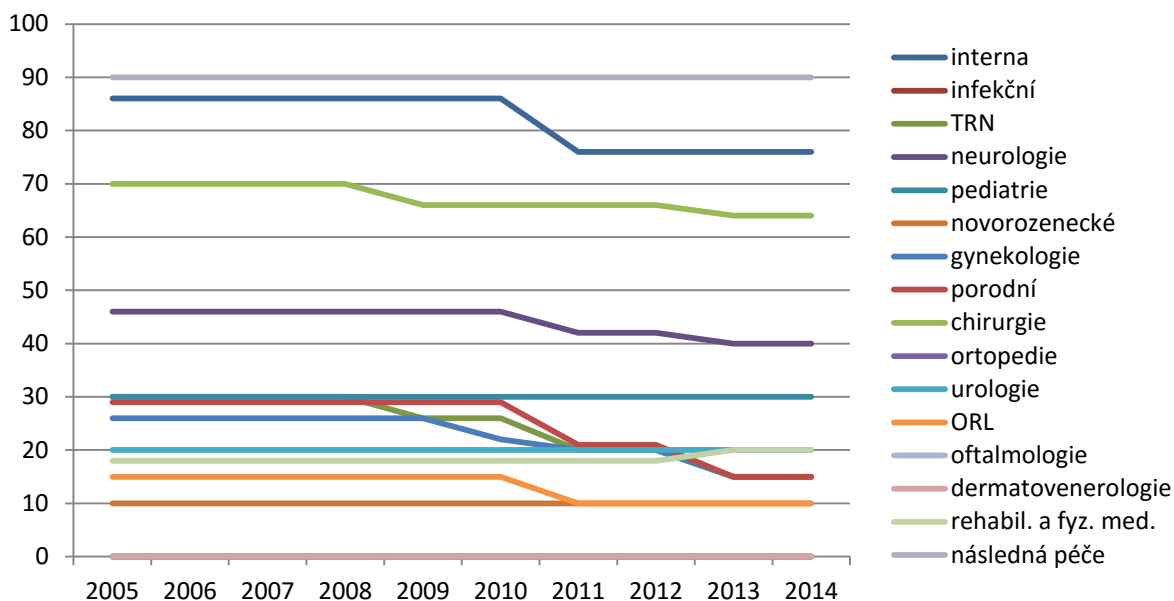


Zdroj: Příloha č. 1. Vlastní zpracování.

Jak již bylo zmíněno v Tab. 3.1, lůžkový fond Nemocnice Kyjov v období 2005–2014 klesl v rámci celého zařízení o 82 lůžek. V letech 2005–2010 byl celkový stav lůžkového fondu neměnný, změnila se však jeho skladba. V období 2006–2007 klesl lůžkový fond u novorozeneckého (tři lůžka) a porodního oddělení (čtyři lůžka). Naopak v témže období je zaznamenán růst u gynekologického oddělení (tři lůžka) a oddělení pediatrie JIP (čtyři lůžka), které v grafu pro malý počet lůžek není zaznamenáno. K dalšímu poklesu celkového počtu lůžek došlo v období 2010–2011. Největší pokles v tomto období je zaznamenán u oftalmologického a gynekologického oddělení. Lůžkový fond oftalmologického oddělení byl snížen o 13 lůžek, v rámci porodního oddělení o 12 lůžek. V rámci oftalmologického oddělení se v porovnání s předchozím rokem jednalo o pokles ve výši 61% lůžkového fondu daného oddělení, v rámci gynekologického oddělení byl meziroční pokles počtu lůžek o 42%. Výrazný pokles počtu lůžek byl v témže roce zaznamenán u oddělení ORL a to ve výši 28% (osm lůžek) a u porodního oddělení, kde byl pokles o 26% (pět lůžek). Celkový lůžkový fond byl ve srovnání s rokem 2010 snížen také v rámci oddělení TRN, pediatrie, urologie, dermatovenerologie a pediatrie JIP. Jediným oddělením, kterému byl rozšířen lůžkový fond, bylo v roce 2011 oddělení neurologie, kde počet lůžek vzrostl z původních 28 na 30. K další změně lůžkového fondu Nemocnice Kyjov došlo v roce 2013. V tomto roce se snížil lůžkový fond čtyř oddělení a to oddělení pediatrie (sedm lůžek), porodní (pět lůžek), chirurgie (jedno lůžko), oddělení následné péče (12 lůžek). K navýšení lůžkového fondu došlo v rámci oddělení porodního a to z původních 16 lůžek na 25. V období 2013–2014 došlo ke změně již

pouze v rámci oddělení následné péče a to k poklesu na 48 lůžek z 64 v předchozím roce. V průběhu sledovaného období se nijak nezměnil lůžkový fond oddělení interny, infekčního, ortopedie, rehabilitační a fyzikální medicíny, interny JIP a gynekologie JIP. Přesný vývoj počtu lůžek jednotlivých oddělení obsahuje Příloha č. 1 Nemocnice Kyjov – vývoj lůžkového fondu a jeho změny v období 2005–2014.

**Obr. 3.2 Nemocnice Vyškov – vývoj lůžkového fondu vybraných oddělení v letech**



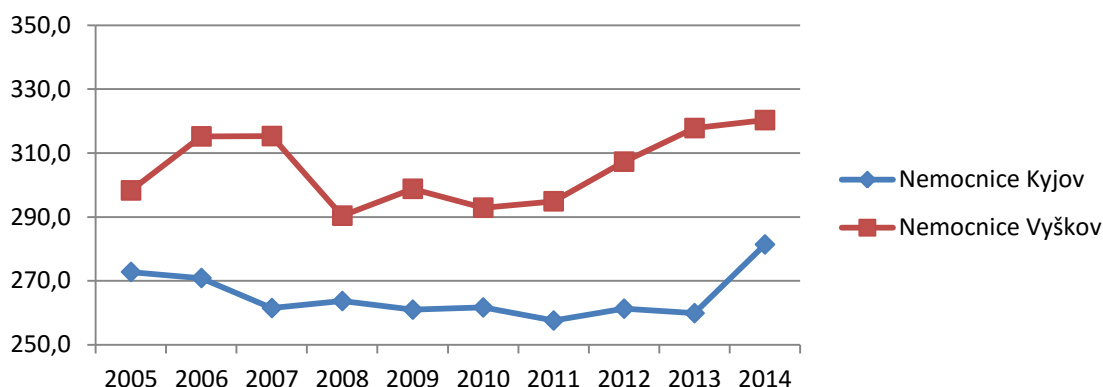
Zdroj: Příloha č. 2. Vlastní zpracování.

Z grafu na Obr. 3.2 je zřejmé, že lůžkový fond Nemocnice Vyškov v období 2005–2008 zůstal konstantní nejen na počet lůžek, ale také na skladbu celkového lůžkového fondu. K prvnímu nepatrném poklesu došlo až v období 2008–2009, a to meziročně o osm lůžek. Tento první pokles se dotknul oddělení TRN (čtyři lůžka) a oddělení chirurgie (čtyři lůžka). V období 2009–2010 byl pokles lůžkového fondu ještě mírnější a to pouze o čtyři lůžka v rámci gynekologického oddělení. K nejvýraznějšímu poklesu lůžkového fondu došlo v období 2010–2011 a to celkem o 34 lůžek. Co do počtu lůžek je největší úbytek dle grafu zaznamenán u oddělení interny (10 lůžek). Tento pokles však znamenal v rámci tohoto oddělení meziroční snížení o 11,63 %. Procentuálně nejvyšší snížení lůžkového fondu je zaznamenáno u oddělení ORL, kde pokles o pět lůžek představuje meziroční pokles lůžkového fondu tohoto oddělení o 33,33 %. Procentuálně výrazný pokles (25 %) nastal také v rámci oddělení ARO lůžkové, které v grafu pro malý počet lůžek není zaznamenáno. V období 2010–2011 dále došlo ke snížení lůžkového fondu oddělení TRN (šest lůžek), neurologie (čtyři lůžka) a gynekologie (dvě lůžka). V období 2011–2012 nebyla zaznamenána ve výši ani struktuře lůžkového fondu žádná změna. Poslední změna ve výši lůžkového fondu

nastala mezi roky 2012 a 2013, kdy došlo k poklesu o 18 lůžek, na konečných 431 lůžek, kterými Nemocnice Vyškov disponovala i v roce 2014. V tomto období došlo k poklesu lůžkového fondu oddělení TRN (pět lůžek), neurologie (dvě lůžka), gynekologie (pět lůžek), porodní (šest lůžek) a chirurgie (dvě lůžka). I když byl pokles lůžkového fondu v období 2012–2013 poměrně rapidní, i přes to došlo k mírnému navýšení lůžkového fondu oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny a to o dvě lůžka, což pro toto oddělení představovala meziroční růst o 11,11 %. Celkové změny výše lůžkového fondu se v rámci sledovaného období dotkly větší poloviny všech oddělení. Ke snížení celkového lůžkového fondu došlo v rámci oddělení interna, TRN, neurologie, gynekologie, porodní, chirurgie a ORL. Naopak nárůst lůžkového fondu byl zaznamenán u oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny a ARO lůžkové. Změny lůžkového fondu se nijak nedotkly oddělení pediatrie, novorozeneckého, urologie, následné péče a specializovaných oddělení JIP. Podrobný vývoj lůžkového fondu jednotlivých oddělení obsahuje Příloha č. 2 Nemocnice Vyškov – vývoj lůžkového fondu a jeho změny v období 2005–2014.

Průměrné využití nemocničních lůžek v České republice kleslo od roku 2005 z 273 dnů na 259 dnů v roce 2013. Řešením finanční situace ve zdravotnictví není rušení lůžek na jednotlivých odděleních, které přináší jen velmi omezené úspory, ale rušení celých nemocničních celků. Jedná se o velmi politicky problematické a mezi občany nepopulární téma. Pro rozhodnutí o budoucím vývoji lůžkového fondu zdravotnických zařízení je potřeba sledovat různé ukazatele a geografickou dostupnost zdravotní péče (Maayatová, 2012). Vývoj vybraných ukazatelů zdravotní péče v období 2005–2013 Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov zobrazují Obr. 3.3–3.6, které vychází z Přílohy č. 3 Vývoj vybraných ukazatelů nemocniční péče v období 2005–2014. Za rok 2014 nebylo možné získat ucelené údaje všech vybraných ukazatelů, některé jsou tedy zachyceny pouze do roku 2013.

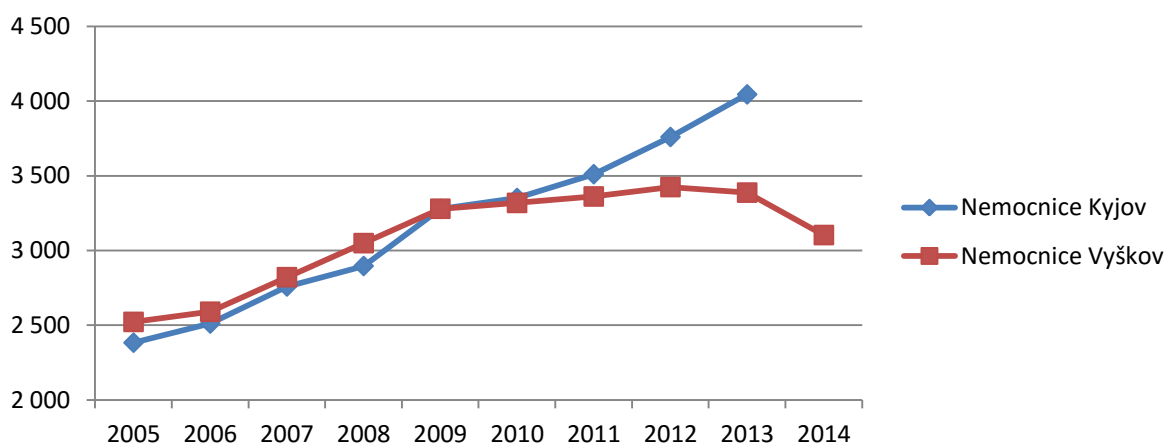
**Obr. 3.3 Využití lůžek ve vybraných nemocnicích v období 2005–2014 (ve dnech)**



Zdroj: Příloha č. 3. Vlastní zpracování.

Nemocnice Vyškov v porovnání s Nemocnicí Kyjov disponuje menším lůžkovým fondem, využití lůžek ve dnech však dosahuje vyšších hodnot. V období 2005–2007 má tento ukazatel pro Nemocnici Vyškov rostoucí charakter, u Nemocnice Kyjov je zřejmý trend opačný. Výrazný pokles je u Nemocnice Vyškov zaznamenán meziročně v období 2007–2008. Od tohoto roku vývoj daného ukazatele kolísá, z dlouhodobého hlediska má však rostoucí charakter. U Nemocnice Kyjov za sledované období není zaznamenán žádný výrazný pokles daného ukazatele. V období 2007–2013 ukazatel využití lůžek střídavě mírně klesá či mírně roste. Výrazný nárůst je zaznamenán až v období 2013–2014.

**Obr. 3.4 Průměrné náklady na jeden ošetrovací den ve vybraných nemocnicích (v Kč)**

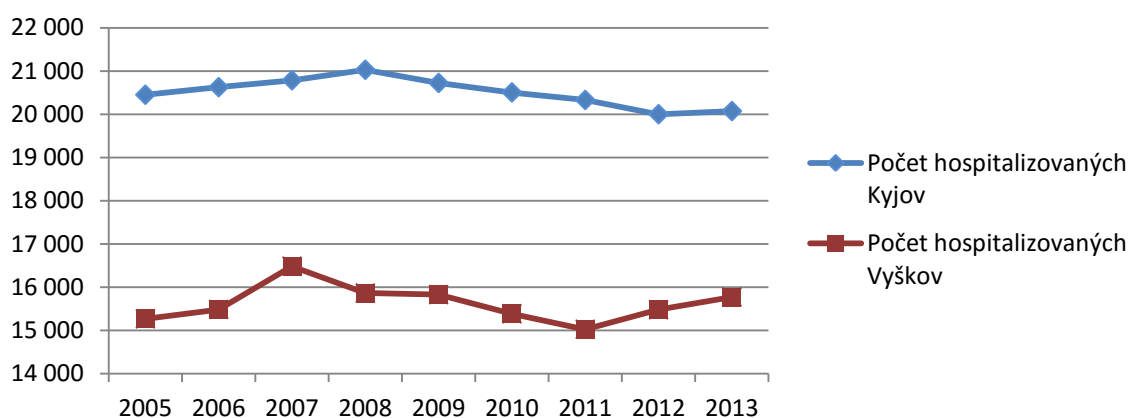


Zdroj: Příloha č. 3. Vlastní zpracování.

Zajímavým a sledovaným ukazatelem jsou náklady na jeden ošetrovací den. V rámci tohoto ukazatele jsou zahrnuty náklady na lůžkovou, ambulantní a jinou zdravotní péči, zdravotní dopravu a nezdravotní výkony. Pro Nemocnici Kyjov je vývoj daného ukazatele zaznamenán pouze do roku 2013. Vývoj průměrných nákladů na jeden ošetrovací den měl

v období 2005–2010 u obou nemocnic téměř stejný průběh. V první polovině sledovaného období je z grafu na Obr. 3.4 patrná rostoucí tendence daného ukazatele. Náklady na jeden ošetrovací den v letech 2005–2010 u Nemocnice Kyjov rostly průměrně o 7,13 %, u Nemocnice Vyškov byl ve stejném období průměrný růst těchto nákladů 5,69 %. Rok 2010 byl u obou nemocnic zlomový. V období 2010–2011 byl lůžkový fond Nemocnice Kyjov snížen o 51 lůžek, což dle grafu nemělo na vývoj celkových nákladů na jeden ošetrovací den vliv. Náklady na jeden ošetrovací den i po optimalizaci lůžkového fondu Nemocnice Kyjov stále rostly. Pro Nemocnici Kyjov není údaj o výši nákladů na jeden ošetrovací den pro rok 2014 dostupný, na základě vývoje daného ukazatele v období 2005–2013 se však dá předpokládat další nárůst nákladů na jeden ošetrovací den. U Nemocnice Vyškov růst nákladů na jeden ošetrovací den v letech 2010–2012 pokračoval velmi pozvolně. V letech 2010–2011 odpovídal meziroční nárůst výši 0,11 % průměrných nákladů na jeden ošetrovací den a v letech 2011–2012 výši 0,58 % průměrných nákladů na jeden ošetrovací den. Ve srovnání s první polovinou sledovaného období, tedy s roky 2005–2010, je u Nemocnice Vyškov patrná snaha o snižování průměrných nákladů na jeden ošetrovací den. Tato snaha se v roce 2012 projevila jako úspěšná. Průměrné náklady na jeden ošetrovací den byly v letech 2012–2013 sníženy o Nemocnici Vyškov se v období 2012–2014 podařilo průměrné náklady na jeden ošetrovací den snížit o 1,08 %, v letech 2013–2014 o 8,39 %.

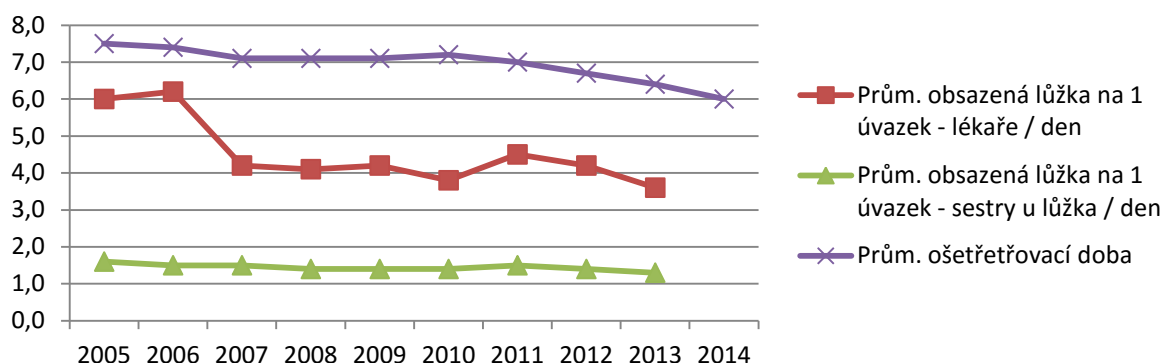
**Obr. 3.5 Počet hospitalizovaných pacientů ve vybraných zařízeních v letech 2005–2013**



Zdroj: Příloha č. 3. Vlastní zpracování.

Rozdíl mezi počtem hospitalizovaných osob ve vybraných nemocnicích za sledované období je průměrně 4883 pacientů ročně. V Nemocnici Kyjov se počet hospitalizovaných ve sledovaných letech pohyboval mezi 20–22 tisíci osob, v Nemocnici Vyškov se počty hospitalizovaných pohybovaly v rozmezí 15–17 tisíci pacientů. Za rok 2014 nebyly potřebné údaje k dispozici, nejsou tudíž v grafu na Obr. 3.5 uvedeny.

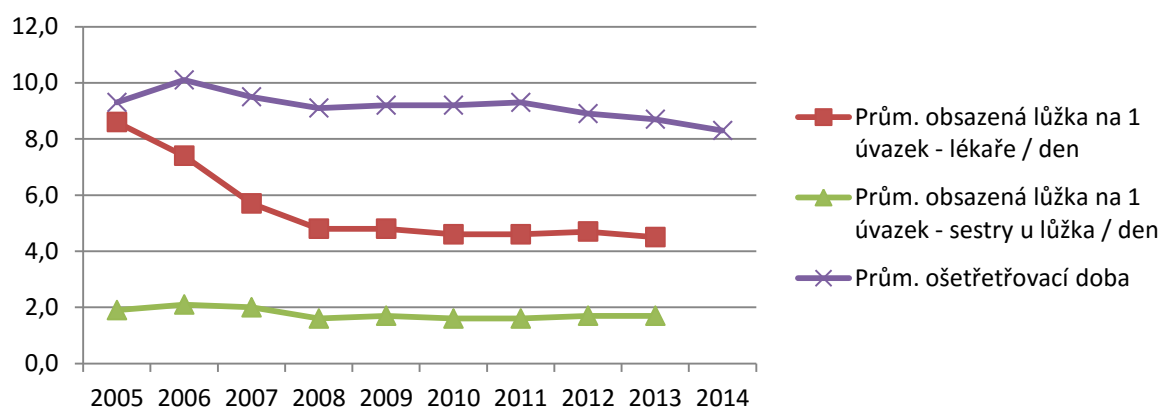
**Obr. 3.6 Nemocnice Kyjov – vybrané ukazatele zdravotní péče v letech 2005–2014**



Zdroj: Příloha č. 3. Vlastní zpracování.

Graf na Obr. 3.6 zachycuje vývoj vybraných ukazatelů nemocniční péče. U všech je zřejmá klesající tendence. Průměr obsazená lůžka na jeden pracovní úvazek zdravotní sestry na den je téměř neměnný. U průměru obsazeného lůžka na jeden pracovní úvazek lékaře je již pokles znatelnější, z 6,2 v roce 2006 klesl až na 4,5. Průměrná ošetřovací doba, tedy počet dní, které stráví pacient hospitalizací na lůžku, klesá jen velmi pozvolna.

**Obr. 3.7 Nemocnice Vyškov – vybrané ukazatele zdravotní péče v letech 2005–2014**



Zdroj: Příloha č. 3. Vlastní zpracování.

Graf na Obr. 3.7 zachycuje vývoj stejných ukazatelů jako graf na Obr. 3.6. Stejně jako u Nemocnice Kyjov je průměr obsazených lůžek na jeden pracovní úvazek zdravotní sestry na den téměř neměnný. U průměru obsazených lůžek na jeden pracovní úvazek lékaře v období 2005–2008 je zřejmý výrazný propad, a to z původních 8,6 na 4,5, tedy více než o polovinu. Přesto, že průměrná ošetřovací doba v rámci Nemocnice Vyškov od roku 2006 s mírnými výkyvy klesá, je v porovnání s Nemocnicí Kyjov průměrně o dva dny delší.



### 3.2 Finanční analýza

Finanční analýza je metoda nebo spíše postup hodnocení hospodaření podniku a jeho finanční situace, která umožňuje přijímat v budoucnosti taková rozhodnutí, jež by vedla ke zlepšení či udržení finančního zdraví podniku. Z časového pohledu je možné finanční analýzu dělit na:

- zkoumání současné situace,
- zkoumání současné a minulé situace (tzv. analýza ex post),
- zkoumání současné a minulé situace a odhad situace budoucí (tzv. analýza ex ante).

V ekonomii jsou obvykle rozlišovány dva přístupy k hodnocení ekonomických procesů, a to analýza fundamentální a analýza technická. **Fundamentální analýza** je založena na znalostech a vzájemných souvislostech mezi ekonomickými a mimoekonomickými procesy. Je založena na zkušenostech a osobních názorech odborníků. Opírá se o značné množství informací a odvozuje závěry zpravidla bez algoritmizovaných postupů. **Technická analýza** využívá matematické, statistické, ekonometrické a další algoritmizované metody ke kvantitativnímu zpracování údajů a následnému posouzení výsledků z ekonomického hlediska. Metody technické finanční analýzy můžeme rozdělit z hlediska složitosti používaných matematických postupů na:

- **elementární metody,**
  - analýza stavových ukazatelů,
    - horizontální analýza (analýza trendů), vertikální analýza (procentní rozbor),
  - analýza rozdílových a tokových ukazatelů,
    - analýza fondů, analýza cash flow,
  - přímá analýza intenzivních ukazatelů,
    - ukazatele rentability, aktivity, zadluženosti, likvidity, kapitálového trhu, cash flow,
  - analýza soustav ukazatelů,

- DuPontův rozklad, pyramidové rozklady,

- **vyšší metody,**
  - matematicko-statistické metody,
  - nestatistické metody.

Elementární metody finanční analýzy pracují s ukazateli, kterými jsou položky účetních výkazů a údaje z dalších zdrojů, nebo čísla, které jsou z nich odvozená. Ukazatele je možné dělit dle různých kritérií. Často využívaným členěním ukazatelů je rozdělení na ukazatele extenzivní a intenzivní. **Extenzivní ukazatele** jsou uváděny v přirozených jednotkách. Jsou nositelem informací o rozsahu či objemu analyzované položky a představují kvantitu v přirozených objemových jednotkách, což znamená, že v případě analýzy základních účetních výkazů jde o kvantitu v peněžních jednotkách. Kategorii extenzivních ukazatelů je možné podrobněji rozdělit na ukazatele stavové, rozdílové, tokové a nefinanční. **Intenzivní ukazatele** jsou nositeli informací o míře, s jakou jsou využívány zdroje. Charakterizují míru, v jaké jsou extenzivní ukazatele ze strany podniku využívány a jak silně nebo rychle se mění. Jedná se zpravidla o podíly dvou extenzivních ukazatelů. Intenzivní ukazatele jsou dále členěny na ukazatele stejnorodé a nestejnorodé.

V případě, že je vývoj položek vyjádřen rozdíly údajů, které přísluší dvěma sousedícím rokům, nebo indexem meziročních změn, jedná se o **analýzu horizontální**. S dostatkem kvalitních informací z výročních zpráv je možné významné pohyby komentovat z jejich finančních i nefinančních příčin. Pokročilejším stádiem zkoumání je **analýza vertikální**, která zjišťuje procentní strukturu položek uvedených ve výkazech. Základem ve výši 100% může být rozvahový součet, výkony nebo tržby. Díky relativizovanému rozměru veličin (v %) se vertikální analýza stává velmi vhodným nástrojem pro meziroční a mezipodnikové srovnávání (Grünwald, 2007).

### 3.2.1 Finanční zdraví nemocnic dle HealthCare Institute

Pro hodnocení finančního zdraví nemocnic dle metodiky HealthCare Institute o.p.s. (dále jen HCI) jsou využívány veřejně dostupné zdroje informací. Zpravidla se jedná o data z účetních závěrek daných nemocnic. Od roku 2014 jsou pro nemocnice v právní formě příspěvkové organizace i obchodní společnosti využívány stejné hodnotící ukazatele uvedené v Tab. 3.3 Hodnotící ukazatele finančního zdraví nemocnic a jejich váhy dle HealthCare Institute o.p.s.

**Tab. 3.3** Hodnotící ukazatele finančního zdraví nemocnic a jejich váhy dle HealthCare Institute

Ukazatel	Min (0 bodů)	Max (100 bodů)	Váha (v %)
Pohotová likvidita	1	1,5	10
Běžná likvidita	1,5	2,5	10
Celková zadluženost	1	0,3	10
Doba obratu závazků	90	0	10
Struktura aktiv	0,8	1,2	10
Objem investovaných prostředků	0	0,05	5
Investiční aktiva	0,2	0,7	20
Průměrná mzda (v Kč)	25 000	40 000	25

Zdroj: HealthCare Institute o.p.s. [online], 2016. Vlastní zpracování.

Těchto vybraných parametrů dosahují nemocnice bez ohledu na svoji právní formu. Tato skutečnost v konečné fázi zjednodušuje jejich hodnocení. K vybraným principům jsou nastaveny poměrové ukazatele a jejich váhy. Za finančně zdravou nemocnici je dle podstaty hodnocení HCI považována taková nemocnice, která má dostatek prostředků na úhradu vlastních závazků a hradí je v přiměřeném čase, není předlužená, financuje dlouhodobý majetek z dlouhodobých zdrojů a investuje do svého majetku, je vybavena potřebným dlouhodobým majetkem umožňující poskytování kvalitní zdravotní péče a dokáže adekvátně odměnit svůj personál.

**Likvidita** je neodmyslitelnou podmínkou dlouhodobé existence podniku. Ukazatele likvidity vyjadřují schopnost podniku dostát včas svým závazkům. Pojem likvidita je používán také ve vztahu k likviditě určité složky majetku. Likvidita určité složky představuje vyjádření vlastnosti této složky rychle a bez velké ztráty hodnoty se přeměnit na peněžní hotovost. Nedostatek likvidity zpravidla vede k tomu, že podnik není schopen využít ziskových příležitostí, které se při podnikání nabízí nebo není schopen dostát svým běžným závazkům, což může následně vyústit v platební neschopnost a následnému bankrotu. Nemocnice jako příspěvkové organizace kraje nejsou zakládány za účelem zisku. Ukazatel likvidity je zde tedy posuzován pouze jako schopnost uhradit své závazky. Velká pozornost je ve finanční analýze věnována krytí krátkodobých dluhů (krátkodobé závazky a krátkodobé bankovní úvěry) likvidním majetkem. Z hlediska zabezpečení trvalé platební schopnosti je nejdůležitější splácení provozních dluhů vůči dodavatelům, zaměstnancům a ostatních krátkodobých závazků splatných nejdéle do 1 roku. Krátkodobá likvidita je dle stupně

likvidnosti oběžného majetku členěna na peněžní likviditu, pohotovou likviditu a běžnou likviditu.

$$\text{Peněžní likvidita} = \frac{\text{krátkodobý finanční majetek}}{\text{krátkodobé závazky}} \quad (3.1)$$

**Peněžní likvidita** (3.1) závisí na okamžitém stavu peněžních prostředků a jejich ekvivalentů. Doporučená hodnota tohoto ukazatele je vyšší než 0,2.

$$\text{Pohotová likvidita} = \frac{\text{oběžná aktiva}}{\text{krátkodobé závazky}} \quad (3.2)$$

**Pohotová likvidita** (3.2) vychází z objemu likvidních prostředků. Doporučená hodnota tohoto ukazatele je vyšší než 1.

$$\text{Běžná likvidita} = \frac{\text{oběžná aktiva}}{\text{krátkodobé závazky}} \quad (3.3)$$

**Běžná likvidita** (3.3) charakterizuje relativní podíl krátkodobých dluhů na financování oběžného majetku. Doporučená hodnota tohoto ukazatele je vyšší než 1,5.

Ukazatel **zadluženosti** vyjadřuje skutečnost, že k financování aktiv ve vlastní činnosti jsou podnikem využívány i cizí zdroje. Volba správné skladby zdrojů financování patří vedle stanovení celkové výše potřebného kapitálu k základním problémům finančního řízení. Hledání optimálního vztahu (poměru) mezi vlastním a cizím kapitálem je podstatou analýzy zadluženosti. Pro kvalitní vývoj podniku má zásadní význam právě kapitálová struktura, která rovněž podmiňuje jeho zdravý finanční rozvoj. Díky vyššímu podílu cizího kapitálu na celkovém kapitálu vzrůstá riziko neplnění závazků. Optimálním poměrem cizího a vlastního kapitálu je možné dosáhnout vyšší výnosnosti. K hodnocení zadluženosti jsou nejčastěji využívány tyto ukazatele celkové zadluženosti a míry zadluženosti.

$$\text{Celková zadluženost} = \frac{\text{cizí zdroje}}{\text{aktiva celkem}} \quad (3.4)$$

**Celková zadluženost** (3.4) charakterizuje finanční úroveň podniku. Vyjadřuje míru krytí majetku cizími zdroji. Čím vyšší je hodnota toho ukazatele, tím vyšší je riziko věřitelů. Doporučená hodnota tohoto ukazatele je v rozmezí 0,3 – 0,5. Příspěvkové organizace mohou uzavírat půjčky pouze ve stanovených případech a se souhlasem zřizovatele, je tedy preferována nižší hodnota tohoto ukazatele.

$$\text{Míra zadluženosti} = \frac{\text{cizí zdroje}}{\text{vlastní kapitál}} \quad (3.5)$$

**Míra zadluženosti** (3.5) je významný ukazatel především pro banku z hlediska poskytnutí úvěru. Cizí zdroje by neměly překročit jeden a půl násobek hodnoty vlastního jmění. V optimálním případě je hodnota cizích zdrojů nižší než hodnota vlastního kapitálu.

**Ukazatele aktivity** mají vypovídací schopnost o využívání investovaných finančních prostředků a vázanosti jednotlivých složek kapitálu v jednotlivých druzích aktiv a pasiv. Tyto ukazatele tedy poskytují informace o tom, jak efektivně je v rámci podniku hospodařeno s vlastními aktivy a jak dlouho jsou v nich vázány vlastní finanční prostředky. Nejčastěji je možné se setkat s ukazateli obrát aktiv, doba obratu zásob, doba obratu pohledávek a doba obratu krátkodobých závazků.

$$\text{Obrat aktiv} = \frac{\text{tržby}}{\text{celková aktiva}} \quad (3.6)$$

**Obrat aktiv** (3.6) bývá označován také jako produktivita vloženého kapitálu. Měří efektivnost využití všech aktiv podniku. Udává informaci o tom, jak jsou zhodnocovány aktiva bez ohledu na zdroje jejich krytí.

$$\text{Doba obratu zásob} = \frac{\text{zásoby}}{\text{tržby} / 365} \quad (3.7)$$

**Doba obratu zásob** (3.7) udává, jak dlouho jsou oběžná aktiva vázána ve formě zásob. Obecně platí, že čím je obratovost zásob vyšší a doba obratu zásob kratší, tím je situace lepší.

$$\text{Doba obratu pohledávek} = \frac{\text{pohledávky}}{\text{tržby} / 365} \quad (3.8)$$

**Doba obratu pohledávek** (3.8) vyjadřuje, jak dlouho je majetek podniku vázán ve formě pohledávek. Jinak řečeno, jak dlouho průměrně trvá, než jsou pohledávky uhrazeny. Doporučovanou hodnotou je doba splatnosti. Je-li doba obratu pohledávek delší než běžná doba splatnosti, v dlouhodobém horizontu se u menších podniků může jednat o příčinu platební neschopnosti.

$$\text{Doba obratu závazků} = \frac{\text{závazky}}{\text{tržby} / 365} \quad (3.9)$$

Ukazatel **doby obratu závazků** (3.9) má vypovídající schopnost o platební morálce podniku vůči dodavatelům. Vyjadřuje, kolik dní podnik čerpá dodavatelský úvěr. Obecně by hodnota tohoto ukazatele měla být vyšší než hodnota ukazatele doby obratu pohledávek.

**Struktura aktiv** (3.10) vyjadřuje uspořádání položek aktiv v rozvaze podle likvidnosti majetku. Položky jsou řazeny od nejméně likvidních po nejvíce likvidní majetek. Aktiva jsou prostředky kontrolované podnikem, u kterých se předpokládá, že v budoucnu přinesou podniku ekonomický užitek. Na základě likvidnosti jsou aktiva členěna na dlouhodobý majetek (stálá aktiva), oběžný majetek (oběžná aktiva) a přechodná aktiva.

$$\text{Struktura aktiv} = \frac{\text{vlastní kapitál} + \text{rezervy} + \text{dlouhodobé závazky}}{\text{dlouhodobá aktiva}} \quad (3.10)$$

**Objem investovaných prostředků** (3.11) vyjadřuje investice podniku do dlouhodobých aktiv, tedy do majetku, jehož doba použití je delší než jeden rok. V průběhu užívání se dlouhodobý majetek opotřebovává, což je následně promítnuto v odpisech.

$$\text{Objem investovaných prostředků} = \frac{\text{investiční výdaje na stálá aktiva}}{\text{výkony}} \quad (3.11)$$

Hodnota **investičních aktiv** (3.12) porovnává původní hodnotu pořízeného dlouhodobého majetku a současnou hodnotu dlouhodobého majetku po odečtení jeho opotřebení.

$$\text{Investiční aktiva} = \frac{\text{netto dlouhodobá aktiva}}{\text{brutto dlouhodobá aktiva}} \quad (3.12)$$

Mzda je odměnou za práci v pracovním poměru. Mzdu můžeme chápat také jako motivační prvek pro výkon dané profese či povolání. Dobrý podnik by měl být schopen adekvátně ocenit své zaměstnance, je tedy dalším ukazatelem právě **průměrná mzda** (3.13).

$$\text{Průměrná mzda, Kč} = \frac{\text{mzdové náklady}}{\text{průměrný přepočtený počet zaměstnanců}} \quad (3.13)$$

### 3.3 Výsledky hospodaření vybraných nemocnic v letech 2005–2014

Celkový výsledek hospodaření vybraných krajských nemocnic je kumulovaným výsledkem hospodaření z hlavní a doplňkové činnosti. Dílčí výsledky hospodaření za hlavní

a doplňkovou činnost ukazují následující tabulky. **Hospodářský výsledek je vždy uváděn po zdanění.**

**Tab. 3.4 Nemocnice Kyjov - vývoj výsledků hospodaření v letech 2005–2014 (v tis. Kč)**

Nemocnice Kyjov	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
VH za hlavní činnost	643	-2 132	-546	4 296	22 599	-19 485	-664	1 842	3 575	7 971
VH za doplňkovou činnost	238	253	238	243	253	276	268	10	42	120
<b>VH celkem</b>	<b>881</b>	<b>-1 879</b>	<b>-308</b>	<b>4 539</b>	<b>22 852</b>	<b>-19 209</b>	<b>-396</b>	<b>1 852</b>	<b>3 617</b>	<b>8 091</b>
Neuhrazená ztráta minulých let	-33 217	-31 217	-31 668	-33 668	-29 129	-28 343	-28 739	-26 887	-23 271	-15 180

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Nemocnice Kyjov již od počátku sledovaného období hospodařila s obrovskou ztrátou z minulých let, která byla v roce 2006 a 2007 ještě prohloubena na 33,68 mil. Kč. V roce 2008 a 2009 dosáhla nemocnice kladného hospodářského výsledku v hlavní i doplňkové činnosti a ztráta z minulých let klesla na 29,1 mil. Kč. V roce 2010 dosáhla nemocnice záporného hospodářského výsledku ve výši 19,2 mil. Kč. Důvodem této ztráty bylo vyúčtování doplatků a srážek ze strany zdravotních pojišťoven. Za rok 2010 činila výše doplatků 7,8 mil. Kč a výše srážek 30,1 mil. Kč. V roce 2010 byly ze strany zdravotních pojišťoven Nemocnici Kyjov doučtovány také srážky za minulá období a to ve výši 31 mil. Kč. S ohledem na tyto skutečnosti nemocnice přistoupila ke snížení investičního fondu o 19,3 mil. Kč. Posledním rokem, kdy nemocnice dosáhla záporného hospodářského výsledku, byl rok 2011. V letech 2012–2014 dosáhla nemocnice kladných hospodářských výsledků, díky kterým se jí daří snižovat ztrátu z předchozích let.

**Tab. 3.5 Nemocnice Vyškov - vývoj výsledků hospodaření v letech 2005–2014 (v tis. Kč)**

Nemocnice Vyškov	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
VH za hlavní činnost	-548	-507	-193	18	2 075	670	18	14	22	50
VH za doplňkovou činnost	653	565	432	449	654	634	587	554	557	598
<b>VH celkem</b>	<b>105</b>	<b>58</b>	<b>239</b>	<b>467</b>	<b>2 729</b>	<b>1 304</b>	<b>605</b>	<b>568</b>	<b>579</b>	<b>648</b>

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Nemocnice Vyškov ve sledovaném období nebyla zatížena ztrátou z předchozích let. Ve všech letech sledovaného období dosahovala nemocnice kladného výsledku hospodaření. V letech 2005–2007 byl hospodářský výsledek za hlavní činnost záporný. Tato ztráta byla kompenzována kladným výsledkem hospodaření z doplňkové činnosti. V roce 2007 byla ztráta více než o polovinu nižší než v předcházejícím roce a s kladným výsledkem hospodaření z doplňkové činnosti ve výši 432 tis. Kč dosáhla nemocnice celkového kladného výsledku hospodaření. V období 2011–2014 dosahovala nemocnice nízkých, avšak stále kladných hospodářských výsledků za hlavní činnosti.

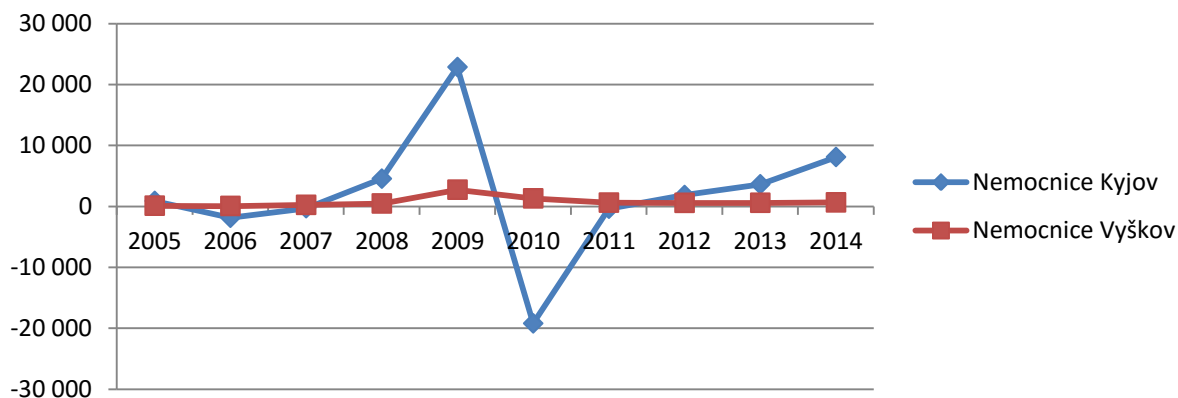
V průběhu sledovaného období nedosáhla Nemocnice Vyškov záporného hospodářského výsledku. Bez ohledu na kumulovanou ztrátu z předchozích let Nemocnice Kyjov dosáhla záporného hospodářského výsledku ve čtyřech letech sledovaného období a to v roce 2006–2007 a v roce 2010–2011. Výsledek hospodaření doplňkové činnosti byl u obou nemocnic ve všech letech ziskový.

Celkové výsledky hospodaření po zdanění jednotlivých nemocnic pro větší přehlednost znázorňuje graf na Obr. 3.8. Nemocnice Kyjov začátkem sledovaného období dosahovala ztráty. V období 2007–2009 je naopak na první pohled zřejmý růst celkového výsledku hospodaření Nemocnice Kyjov. V letech 2009–2010 je evidentní propad z důvodu již zmíněného vyúčtování nedoplatků a srážek ze strany zdravotních pojišťoven. Od roku 2010 je opět zřetelný růst celkového výsledku hospodaření. Nemocnice Vyškov za celé sledované období nedosáhla záporného výsledku hospodaření. Pozitivní výkyv je zaznamenán



mezi roky 2009–2010, kdy byl výsledek hospodaření vyšší než v předchozích a následujících letech. Přestože Nemocnice Kyjov v některých letech dosahuje rapidně vyšších zisků, téměř konstantní výsledky Nemocnice Vyškov budí pocit vyšší stability v oblasti hospodaření.

**Obr. 3.8 Výsledky hospodaření vybraných nemocnic po zdanění v letech 2005–2014**



Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

**Hlavní činností** organizace je ta činnost, pro kterou byla svým zřizovatelem zřízena, je tedy důležité, zda výsledky hospodaření nemocnic v hlavní činnosti dosahují kladných nebo záporných hodnot. V rámci obou vybraných nemocnic je hlavní činnost představována poskytováním zdravotních služeb v souladu s oprávněním k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. Do hlavní činnosti Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov tedy spadají náklady a výnosy spojené s poskytováním zdravotní péče. Výsledky hospodaření za hlavní činnost ovlivňují celkový výsledek hospodaření nemocnic.

**Tab. 3.6 Nemocnice Kyjov – výsledky hospodaření za hlavní činnost v letech 2005–2014 (v tis. Kč)**

Hlavní činnost	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Náklady celkem	442 165	469 670	493 671	527 711	588 873	610 139	610 790	616 169	636 119	680 895
Výnosy celkem	443 671	467 538	493 125	538 038	618 267	584 091	613 126	618 011	640 771	692 293
HV po zdanění celkem	643	-2 132	-546	4 296	22 599	-19 485	-664	1 842	3 575	7 971

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z Tab. 3.6 je patrné, že Nemocnice Kyjov ve sledovaném období dosahovala v hlavní činnosti kladných i záporných výsledků hospodaření. Výsledek hospodaření v hlavní činnosti v období 2005–2014 měl tedy kolísavý charakter. U nákladů i výnosů v hlavní činnosti je ve sledovaném období zřejmá tendence růstu. Jedinou výjimkou je u výnosů meziroční pokles v období 2009–2010.

**Tab. 3.7 Nemocnice Vyškov - výsledky hospodaření za hlavní činnost v letech 2005–2014 (v tis. Kč)**

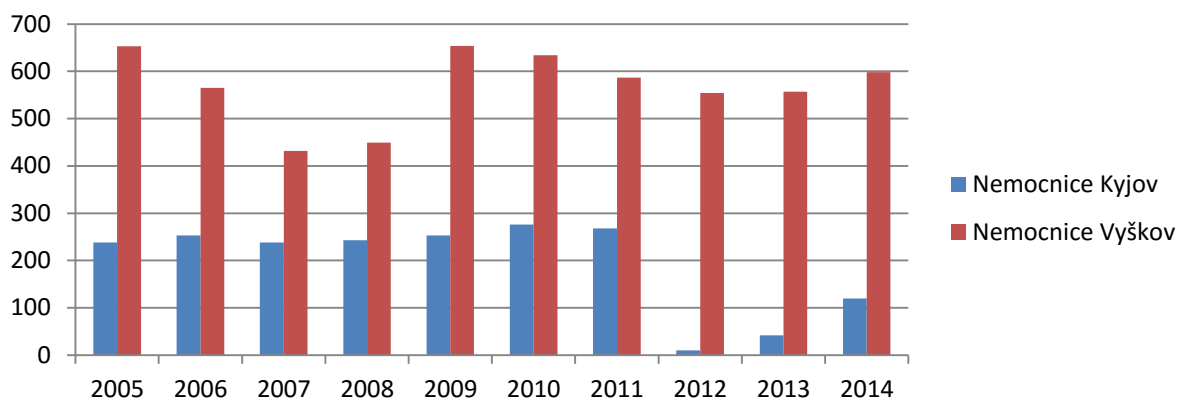
Hlavní činnost	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Náklady celkem	438 462	468 224	493 253	507 162	556 642	551 300	546 359	550 080	537 793	538 780
Výnosy celkem	437 914	467 717	493 060	507 180	558 717	551 970	546 379	550 094	537 845	538 830
HV po zdanění celkem	-548	-507	-193	18	2 075	670	18	14	22	50

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

V Tab. 3.7 je zachycen vývoj nákladů, výnosů a celkového výsledku hospodaření po zdanění za Nemocnici Vyškov. Začátkem sledovaného období, tedy v letech 2005–2007, dosahovala nemocnice záporných výsledků hospodaření v hlavní činnosti. Od roku 2008 byl výsledek hospodaření v hlavní činnosti vždy kladný. Vývoj nákladů i výnosů má stejný charakter. V období 2005–2009 náklady i výnosy v hlavní činnosti rostly. Od roku 2010 mají výnosy i náklady s drobnými výkyvy mírně klesající charakter.

**Doplňková činnost** je stejně jako činnost hlavní, stanovena zřizovací listinou. Podmínkou realizace doplňkové činnosti je oddělené sledování nákladů a výnosů na tuto činnost a použití zisku v souladu s §28 odst. 5 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona musí být zisk z doplňkové činnosti použit ve prospěch činnosti hlavní. Pouze zřizovatel může organizaci povolit jiné využití tohoto zdroje. V doplňkové činnosti dosahovaly ve sledovaném období obě nemocnice zisku.

**Obr. 3.9 Výsledky hospodaření po zdanění za doplňkovou činnost v letech 2005–2014 (v tis. Kč)**



Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z grafu na Obr. 3.9 je zřejmé, že Nemocnice Vyškov dosahuje razantně vyšších zisků z doplňkové činnosti. Obě nemocnice v rámci své doplňkové činnosti poskytují služby praní a žehlení prádla. Pro Nemocnici Kyjov se jedná o hlavní zdroj výnosů v doplňkové činnosti. Pro Nemocnici Vyškov je hlavním zdrojem příjmů v rámci doplňkové činnosti zajišťování a prodej stravy cizím strávníkům. Jedná se o službu, která není Nemocnicí Kyjov a poskytována a je hlavním důvodem rozdílných hospodářských výsledků mimo hlavní činnost.

#### 4 Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotnických zařízení

V souladu s cílem práce je tato kapitola zaměřena na zhodnocení hospodaření vybraných nemocnic. Jedná se o příspěvkové organizace Jihomoravského kraje. Hlavním posláním vybraných zařízení tedy není dosahování zisku, ale snaha o udržení co nejvíce vyrovnaného hospodaření. Hospodářský výsledek jako kritérium efektivnosti příspěvkových organizací je tedy sporný ukazatel. Míru soběstačnosti municipální firmy (organizace) odráží ukazatel (míra) autarkie. Hodnocení míry autarkie vychází z předpokladu plného nasycení poptávky nabídkou a z předpokladu neexistence soukromé firmy, která by pro stejnou úroveň výstupů potřebovala menší vstupy. S ohledem na použitá data může být autarkie hodnocena na bázi nákladové nebo příjmové. Příjmově výdajový princip je vázán na tok peněžních prostředků a je potřeba rozlišit, zda jsou do příjmů a výdajů zahrnovány pouze provozní toky, nebo zda je uvažováno o tocích celkových, tedy investičních i neinvestičních. „Ukazatel autarkie na příjmově výdajové bázi je zdánlivě vhodnější pro municipální firmy orientované spíše na sledování příjmů a výdajů v návaznosti na rozpočet zřizovatele, ovšem obsahuje v sobě řadu úskalí“ (Kraftová, 2002, s.101). Tato úskalí mohou představovat např. v příjmech zachycené prostředky, které mohou představovat výnosy vázané na jiné než hodnocené období. V takovém případě může dojít ke zkreslení interpretace z hlediska míry schopnosti generovat příjmy ve vazbě na výkony hodnoceného období. Naopak koncipování výdajů bez odpisů investičního majetku vede k tomu, že celkový ukazatel nezachycuje míru samoreprodukce tohoto majetku (Kraftová, 2002).

Mezi hlavní ukazatele autarkie patří:

- autarkie hlavní činnosti na bázi výnosů a nákladů,
- celková autarkie na bázi příjmů a výdajů a její modifikovaná podoba v provozní oblasti,
- míra příjmů z neinvestiční dotace na celkových provozních příjmech.

**Míra autarkie** (4.1) hlavní činnosti na bázi výnosů a nákladů odráží míru, v jaké je municipální firma soběstačná z hlediska pokrytí svých nákladů hlavní činnosti z dosažených výnosů. Do výnosů jsou zahrnuty neinvestiční dotace. Míra autarkie hlavní činnosti je uváděna v procentech. Pozitivně lze tento ukazatel hodnotit, pokud je roven 100 %.

$$A_{HV - HC} = \frac{V_{HC}}{N_{HC}} \times 100 \quad (4.1)$$

Kde  $A_{HV - HC}$  – autarkie hlavní činnosti na nákladově výdajové bázi,

V HC – výnosy z hlavní činnosti,

N HC – náklady z hlavní činnosti.

V Tab. 4.1 Dílčí ukazatele hlavní činnosti vybraných zdravotnických zařízení v letech 2005–2014 jsou vyjádřeny výnosy a náklady z hlavní činnosti daných organizací v rámci sledovaného období.

**Tab. 4.1 Dílčí ukazatele hlavní činnosti vybraných zdravotnických zařízení v letech 2005–2014 (v tis. Kč)**

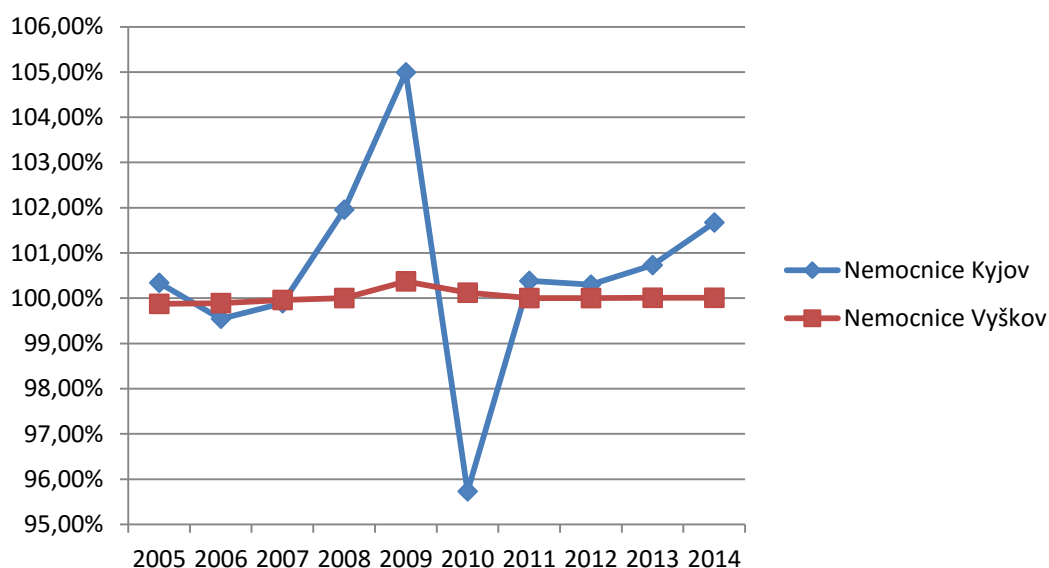
Hlavní činnost	Nemocnice Kyjov			Nemocnice Vyškov		
	Výnosy celkem	Náklady celkem	Míra autarkie	Výnosy celkem	Náklady celkem	Míra autarkie
2005	443 671	442 165	100,34%	437 914	438 462	99,88%
2006	467 538	469 670	99,55%	467 717	468 224	99,89%
2007	493 125	493 671	99,89%	493 060	493 253	99,96%
2008	538 038	527 711	101,96%	507 180	507 162	100,00%
2009	618 267	588 873	104,99%	558 717	556 642	100,37%
2010	584 091	610 139	95,73%	551 970	551 300	100,12%
2011	613 126	610 790	100,38%	546 379	546 359	100,00%
2012	618 011	616 169	100,30%	550 094	550 080	100,00%
2013	640 771	636 119	100,73%	537 845	537 793	100,01%
2014	692 293	680 895	101,67%	538 830	538 780	100,01%

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.1 je zřejmé, že v rámci sledovaného období ukazatel autarkie v obou vybraných zdravotnických zařízeních klesl pod hranici 100 %. U Nemocnice Kyjov dosahovala míra autarkie nežádoucích hodnot v roce 2006 a to ve výši 99,55 %, v roce 2007 ve výši 99,89 % a v roce 2010, kdy ukazatel dosáhl nejhorších hodnot a to pouze 95,73 %. V roce 2010 byla výše celkových nákladů Nemocnice Kyjov nejvíce ovlivněna vyúčtováním srážek ze strany zdravotních pojišťoven a ve výši 22 230 tis. Kč. Výše celkových nákladů v hlavní činnosti byla ovlivněna také navýšením tarifních platů a přeražením 53 zaměstnanců do vyšších platových tříd. V rámci Nemocnice Vyškov ukazatel autarkie klesl pod žádoucí hranici také ve třech letech sledovaného časového období a to v letech 2005–2007. K datu účetní závěrky za rok 2005 nebylo provedeno vyúčtování zdravotní péče ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen VZP), nebyly tedy naplněny tržby z prodeje služeb a celkové výnosy nedosáhly výše schváleného rozpočtu. V roce 2006 byly náklady

Nemocnice Vyškov a tedy i ukazatel autarkie za hlavní činnost negativně ovlivněny nárůstem mzdových prostředků a navýšením daňově neuznatelných odpisů. V oblasti nákladů byl schválený rozpočet v hlavní činnosti překročen zejména u položky spotřebního materiálu a to v souvislosti s vybavením nově zrekonstruovaných prostor gynekologicko-porodního oddělení drobným dlouhodobým majetkem a částečnou obnovou počítačové sítě. V roce 2007 byla výše nákladů ovlivněna nárůstem nákladů v oblasti energií způsobená nárůstem jejich cen a stejně jako v roce předchozím také nárůstem objemu vyplacených mzdových prostředků. Pokud by nebyl brán zřetel na negativní hodnotu daného ukazatele Nemocnice Kyjov v roce 2010, bylo by možné Nemocnici Kyjov i Nemocnici Vyškov považovat za soběstačné v oblasti pokrytí nákladů již od roku 2008.

**Obr. 4.1 Míra autarkie hlavní činnosti vybraných zdravotnických zařízení v letech 2005–2014**



Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z grafu na Obr. 4.1 je patrný výkyv daného ukazatele u Nemocnice Kyjov v období 2009–2010. Meziročně byl mírný pokles u Nemocnice Kyjov zaznamenán také v letech 2010–2011. Od roku 2012 hodnota míry autarkie pro Nemocnici Kyjov každoročně roste a to v průměru o 0,9 %. U Nemocnice Vyškov je zjevný spíše konstantní trend ve vývoji daného ukazatele. Jak již bylo zmíněno, začátkem sledovaného období, tedy v letech 2005–2007 nedosahoval daný ukazatel požadované výše 100 %. Pozitivní nárůst byl zaznamenán v období 2008–2009 a to meziročně o 0,37 %. Vybraná zdravotnická zařízení sice v rámci sledovaného období dosahovala v rámci míry autarkie hlavní činnosti negativních výsledků, z dlouhodobého hlediska je však možné je považovat za soběstačná.

Nemocnice Kyjov i Nemocnice Vyškov jsou příjemcem příspěvku na provoz od zřizovatele, tedy od Jihomoravského kraje jako územně samosprávného celku (dále jen ÚSC). Výši celkových výnosů a výši příspěvků od zřizovatele a jejich podíl na celkových výnosech jsou znázorněny pro Nemocnici Kyjov v Tab. 4.2 Podíl příspěvků z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech Nemocnice Kyjov v období 2005–2014 a pro Nemocnici Vyškov v Tab. 4.3 Podíl příspěvků z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech Nemocnice Vyškov v období 2005–2014. V rámci příspěvku na provoz z rozpočtu ÚSC jsou zahrnuty účelově určené příspěvky na provoz i příspěvky na provoz bez účelového určení.

**Tab. 4.2 Podíl příspěvků z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech Nemocnice Kyjov v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Rok	Výnosy za hlavní činnost celkem	Příspěvky na provoz z rozpočtu ÚSC	Podíl příspěvku z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech
2005	443 560	8 000	1,80 %
2006	467 538	100	0,02 %
2007	491 440	2 518	0,51 %
2008	535 038	4 630	0,87 %
2009	609 827	3 902	0,64 %
2010	588 412	3 939	0,67 %
2011	613 126	3 141	0,51 %
2012	617 746	3 404	0,55 %
2013	640 598	2 400	0,37 %
2014	690 800	2 400	0,35 %

Zdroj: Příloha č. 4. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.2 je patrná rostoucí tendence celkových výnosů Nemocnice Kyjov. V roce 2009 Nemocnice Kyjov provedla proúčtování nekrytí investičního fondu vzhledem k finančně nekrytým odpisům v roce 2009 a vysoké kumulované ztrátě z minulých let. Meziročně byl tedy v roce 2010 zaznamenán pokles celkových výnosů a to o 3,51 %. Od roku 2010 je vývoj celkových výnosů opět rostoucí. Vývoj příspěvku na provoz ze strany zřizovatele má v období 2005–2014 kolísavý charakter s klesající tendencí. V roce 2005 získala Nemocnice Kyjov na provoz 8 000 tis. Kč, což bylo nejvíce za sledované období. Tato částka představovala 1,8 % z celkových výnosů Nemocnice Kyjov. V letech 2006–2014 výše příspěvku na provoz již nikdy nepřesáhla hranici 1 % z celkových výnosů.

**Tab. 4.3 Podíl příspěvků z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech Nemocnice Vyškov v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

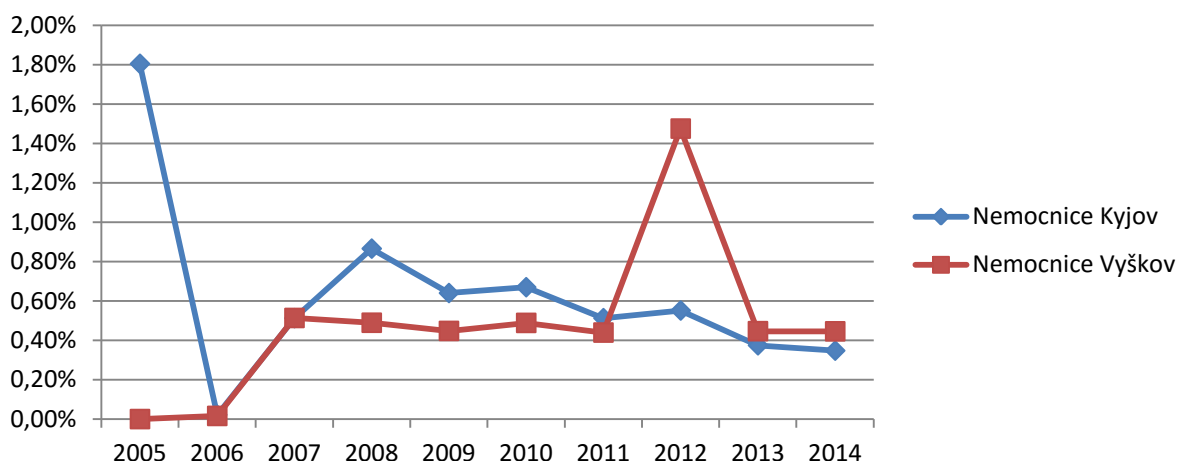
Rok	Výnosy za hlavní činnost celkem	Příspěvky na provoz z rozpočtu ÚSC	Podíl příspěvku z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech
2005	437 913	0	0,00 %
2006	467 717	75	0,02 %
2007	493 060	2 531	0,51 %
2008	507 180	2 480	0,49 %
2009	558 717	2 500	0,45 %
2010	551 970	2 695	0,49 %
2011	546 380	2 400	0,44 %
2012	550 094	8 112	1,47 %
2013	537 845	2 400	0,45 %
2014	538 830	2 400	0,45 %

Zdroj: Příloha č. 5. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.3 je patrná kolísavá tendence celkových výnosů Nemocnice Vyškov. Z dlouhodobého hlediska má vývoj celkových výnosů rostoucí charakter. Na začátku sledovaného období, tedy v roce 2005, dosahovala výše celkových výnosů 437 913 tis. Kč. V posledním roce sledovaného období, tedy v roce 2014, bylo dosaženo celkových výnosů ve výši 538 830 tis. Kč. V první polovině sledovaného období, tedy v letech 2005–2009 celkové výnosy meziročně rostly. Nejvyšší meziroční nárůst celkových výnosů byl v letech 2008–2009 a to ve výši 10,16 %. Toto bylo způsobeno převážně vyššími tržbami za prodané zboží a nárůstem ostatních výnosů, do kterých jsou řazeny např. tržby z pronájmu, pojistné události, korekce lékařských výkonů, klinické hodnocení léčiv a další. Stejně jako u Nemocnice Kyjov mělo na výši celkových výnosů vliv výsledkové zaúčtování finančního nekrytí fondu investičního majetku a tím tedy i zvýšení celkových výnosů. Nemocnice Vyškov k tomuto kroku přistoupila právě v roce 2010. Příspěvky na provoz ze strany zřizovatele mají stejně jako celkové výnosy kolísavý charakter. Nejvyššího příspěvku ze strany zřizovatel bylo dosaženo v roce 2012 a to ve výši 1,47 % celkových výnosů hlavní činnosti. Z celkové částky 8 000 tis. Kč bylo určeno 5 647 tis. Kč na krytí neinvestičních výdajů v rámci akce „Nemocnice Vyškov – Dobudování mezioborové JIP“.



**Obr. 4.2 Vývoj příspěvku na provoz ze strany zřizovatele**



Zdroj: Příloha č. 4, Příloha č. 5. Vlastní zpracování.

Na Obr. 4.2 jsou graficky znázorněny vybrané údaje Tab. 4.2 a Tab. 4.3. Vývoj příspěvku na provoz ze strany zřizovatele má ve vybraných zdravotnických zařízeních obdobný charakter. Výkyv v roce 2012 u Nemocnice Vyškov byl způsoben nárůstem celkového příspěvku na provoz v důsledku části příspěvku určené na krytí neinvestičních výdajů.

Hlavním zdrojem příjmů vybraných zdravotnických zařízení jsou příjmy z prodeje služeb, tedy příjmy od zdravotních pojišťoven za zdravotní výkony. Příjmy od zdravotních pojišťoven za období 2005–2014 a jejich podíl na celkových příjmech z hlavní činnosti zobrazuje Tab. 4.4.

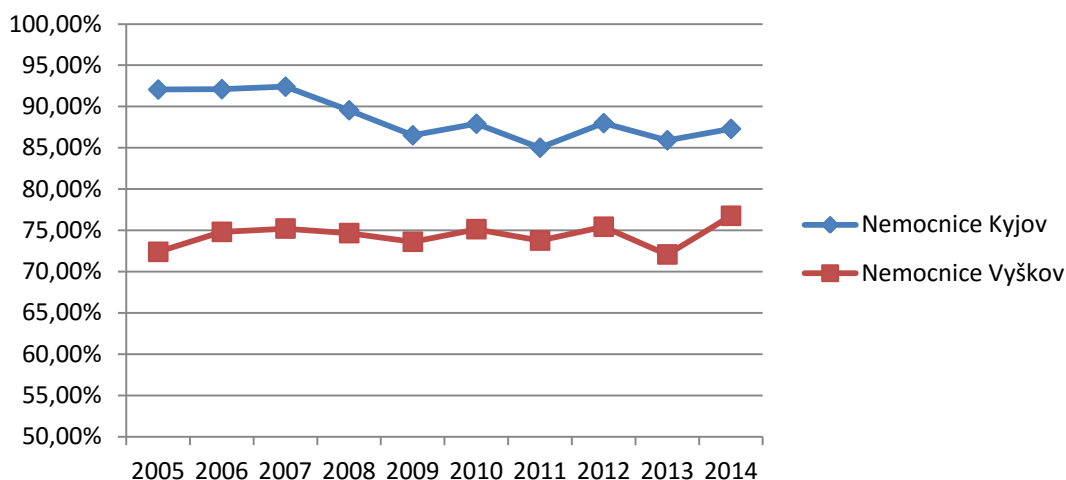
**Tab. 4.4 Tržby za zdravotní výkony a jejich podíl na celkových výnosech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Rok	Nemocnice Kyjov			Nemocnice Vyškov		
	Výnosy za hlavní činnost celkem	Příjmy od ZP	Podíl příjmů od ZP na celkových výnosech	Výnosy za hlavní činnost celkem	Příjmy od ZP	Podíl příjmů od ZP na celkových výnosech
2005	443 671	408 420	92,05 %	437 914	317 023	72,39 %
2006	467 538	430 596	92,10 %	467 717	349 897	74,81 %
2007	493 125	455 653	92,40 %	493 060	370 873	75,22 %
2008	538 038	481 765	89,54 %	507 180	378 675	74,66 %
2009	618 267	534 876	86,51 %	558 717	411 305	73,62 %
2010	584 091	513 447	87,91 %	551 970	414 753	75,14 %
2011	613 126	521 194	85,01 %	546 379	403 009	73,76 %
2012	618 011	543 757	87,99 %	550 094	414 939	75,43 %
2013	640 771	550 499	85,91 %	537 845	387 656	72,08 %
2014	692 293	604 281	87,29 %	538 830	413 605	76,76 %

Zdroj: Příloha č. 4, Příloha č. 5. Vlastní zpracování.

Příjmy ze strany zdravotních pojišťoven za poskytnuté zdravotní výkony po celou dobu sledovaného období dosahovaly v rámci srovnání s celkovými příjmy z hlavní činnosti vyššího podílu u Nemocnice Kyjov. V letech 2005–2007 příjmy od ZP přesahovaly hranici 90 % celkových výnosů. Nejvyššího podílu příjmů ze strany ZP na celkových příjmech u Nemocnice Kyjov bylo dosaženo v roce 2007 a to ve výši 92,40 %. Od roku 2008 je u příjmů od ZP patrná klesající tendence s kolísavým charakterem. U Nemocnice Vyškov je stejně jako u Nemocnice Kyjov viditelný kolísavý charakter podílu příjmů od ZP na celkových výnosech zařízení. V porovnání s Nemocnicí Kyjov má vývoj příspěvku za zdravotní péči ze strany ZP rostoucí charakter. Nejnižšího podílu příjmů od ZP na celkových výnosech Nemocnice Vyškov bylo dosaženo v roce 2008 a to ve výši 72,08 %, nejvyššího podílu následně v roce 2014 a to ve výši 76,76 %. V období 2013–2014 se jednalo o nejvyšší meziroční nárůst příspěvku od ZP a to ve výši 6,5 % z celkového objemu výnosů za hlavní činnost. Grafické znázornění podílu příjmů od ZP na celkových příjmech za sledované období zobrazuje graf na Obr. 4.3 Vývoj podílu tržeb za zdravotní výkony na celkových výnosech vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014.

**Obr. 4.3 Vývoj podílu tržeb za zdravotní výkony na celkových výnosech vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Příloha č. 4, Příloha č. 5. Vlastní zpracování.

Z grafu na Obr. 4.3 je patrná již zmíněná klesající tendence příjmů od zdravotních pojišťoven ve sledovaném období v rámci Nemocnice Kyjov a slabá rostoucí tendence s mírnými výkyvy u Nemocnice Vyškov.

**Tab. 4.5 Ostatní příjmy z prodeje služeb a jejich podíl na celkových výnosech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Hlavní činnost	Nemocnice Kyjov			Nemocnice Vyškov		
	Výnosy celkem	Tržby z prodeje služeb	Podíl tržeb na celkových výnosech	Výnosy celkem	Tržby z prodeje služeb	Podíl tržeb na celkových výnosech
2005	443 671	6 481	1,46 %	437 914	11 231	2,56 %
2006	467 538	8 099	1,73 %	467 717	11 275	2,41 %
2007	493 125	6 021	1,22 %	493 060	11 919	2,42 %
2008	538 038	21 594	4,01 %	507 180	27 577	5,44 %
2009	618 267	19 772	3,20 %	558 717	27 745	4,97 %
2010	584 091	20 695	3,54 %	551 970	26 363	4,78 %
2011	613 126	20 682	3,37 %	546 379	23 847	4,36 %
2012	618 011	26 590	4,30 %	550 094	28 258	5,14 %
2013	640 771	29 702	4,64 %	537 845	28 677	5,33 %
2014	692 293	17 284	2,50 %	538 830	29 151	5,41 %

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Tab. 4.5 zachycuje vývoj tržeb z prodeje služeb, které nejsou hrazeny ze strany zdravotních pojišťoven. Jedná se např. o tržby z nájemného, tržby za léčbu cizinců,

interrupce, úhrady za nadstandardní pokoje, telefony a jiné placené služby. Po celé období 2005–2014 bylo v rámci Nemocnice Vyškov dosahováno vyššího podílu tržeb z prodeje služeb na celkových výnosech. Ve všech letech sledovaného období bylo Nemocnicí Vyškov dosahováno průměrně o 1 % vyšších tržeb za tyto služby. U Nemocnice Kyjov má vývoj podílu tržeb na celkových výnosech kolísavý charakter, je však zřejmá růstová tendence těchto tržeb. K poslednímu poklesu tržeb došlo meziročně v období 2013–2014 a to o 1,14 % z celkových výnosů. U Nemocnice Vyškov byl meziroční pokles daných tržeb zaznamenán v období 2005–2006 a to o 0,15 % z celkové výše tržeb, následně potom v letech 2008–2011, kdy průměrný pokles odpovídal výši 1,08 % z podílu na celkových výnosech.

Podrobný vývoj výnosů v období 2005–2014 zobrazuje pro Nemocnici Kyjov Příloha č. 4 Nemocnice Kyjov – výnosy v období 2005–2014 (v tis. Kč) a pro Nemocnici Vyškov Příloha č. 5 Nemocnice Vyškov – výnosy v období 2005–2014 (v tis. Kč).

Konečný výsledek hospodaření Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov je ovlivňován také vývojem nákladů těchto zařízení. Podíly vybraných nákladů k celkovým nákladům za hlavní činnost jsou zobrazeny v Tab. 4.6 – 4.8.

**Tab. 4.6 Mzdové náklady a jejich podíl na celkových nákladech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Hlavní činnost	Nemocnice Kyjov			Nemocnice Vyškov		
	Náklady celkem	Mzdové náklady	Podíl mzdových nákladů na celkových nákladech	Náklady celkem	Mzdové náklady	Podíl mzdových nákladů na celkových nákladech
2005	442 165	180 466	40,81 %	438 462	163 317	37,25 %
2006	469 670	200 530	42,70 %	468 224	179 672	38,37 %
2007	493 671	217 910	44,14 %	493 253	193 952	39,32 %
2008	527 711	227 659	43,14 %	507 162	201 730	39,78 %
2009	588 873	249 307	42,34 %	556 642	216 614	38,91 %
2010	610 139	262 529	43,03 %	551 300	225 176	40,84 %
2011	610 790	268 053	43,89 %	546 359	231 859	42,44 %
2012	616 169	271 917	44,13 %	550 080	235 301	42,78 %
2013	636 119	277 219	43,58 %	537 793	233 997	43,51 %
2014	680 895	289 862	42,57 %	538 780	238 641	44,29 %

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.6 je na první pohled patrné, že výše mzdových nákladů v poměru k celkovým nákladům za hlavní činnost je v rámci vybraných zdravotnických zařízení téměř

srovnatelná. V letech 2005–2014 výše mzdových nákladů Nemocnice Kyjov dosahovala průměrně 43,03 % z celkových nákladů hlavní činnosti a 40,75 % celkových nákladů hlavní činnosti u Nemocnice Vyškov. Z dlouhodobého hlediska má podíl mzdových nákladů u obou vybraných zdravotnických zařízení rostoucí tendenci. V rámci Nemocnice Kyjov byl meziroční pokles ve výši mzdových nákladů k poměru celkových nákladů hlavní činnosti zaznamenán v období 2007–2009 a následně potom v letech 2013–2014. V rámci Nemocnice Vyškov byl pokles v podílu mzdových nákladů k poměru celkovým nákladům hlavní činnosti zaznamenán pouze jednou a to v letech 2008–2009. V ostatních letech sledovaného období mzdové náklady Nemocnice Vyškov rostly průměrným tempem ve výši 1 % z celkových nákladů hlavní činnosti. Výše osobních nákladů představuje největší nákladovou položku nemocnic a pohybuje se průměrně ve výši 46,3 % celkových nákladů nemocnic (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, online). K osobním nákladům jsou mimo mzdových nákladů řazeny také odvody na sociální a zdravotní pojištění, zákonné sociální náklady a ostatní osobní náklady. Tyto položky nejsou v Tab. 4.5 zohledněny. Výše mzdových nákladů je ovlivněna počtem pracovníků jednotlivých zdravotnických zařízení a výší jejich průměrných mezd. Vývoj těchto dvou ukazatelů je podrobně uveden v Příloze č. 4.

**Tab. 4.7 Spotřeba materiálu a podíl na celkových nákladech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Hlavní činnost	Nemocnice Kyjov			Nemocnice Vyškov		
	Náklady celkem	Spotřeba materiálu	Podíl spotřeby materiálu na celkových nákladech	Náklady celkem	Spotřeba materiálu	Podíl spotřeby materiálu na celkových nákladech
2005	442 165	119 089	26,93 %	438 462	92 628	21,13 %
2006	469 670	119 593	25,46 %	468 224	100 011	21,36 %
2007	493 671	122 659	24,85 %	493 253	101 395	20,56 %
2008	527 711	128 678	24,38 %	507 162	109 492	21,59 %
2009	588 873	141 163	23,97 %	556 642	107 493	19,31 %
2010	610 139	139 948	22,94 %	551 300	102 358	18,57 %
2011	610 790	137 697	22,54 %	546 359	105 784	19,36 %
2012	616 169	132 400	21,49 %	550 080	101 771	18,50 %
2013	636 119	138 123	21,71 %	537 793	102 147	18,99 %
2014	680 895	150 258	22,07 %	538 780	104 183	19,34 %

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.7 je u obou vybraných zdravotnických zařízení patrná tendence snižování spotřeby materiálu. Nemocnice Kyjov se po celou dobu sledovaného období nedostala pod

hranici 20 % podílu spotřeby materiálu na celkových nákladech zařízení. Nemocnice Kyjov v porovnání s Nemocnicí Vyškov vynakládá téměř o 100 % více nákladů na zdravotnický materiál či krev a krevní deriváty. Zatím co u Nemocnice Vyškov dosahovaly náklady na zdravotnický materiál v roce 2005 výše 34 490 tis. Kč, u Nemocnice Kyjov dosahovaly ve stejném roce náklady na tento materiál výše 63 420 tis. Kč. V roce 2006 byla stejně jako u Nemocnice Vyškov spotřeba materiálu negativně ovlivněna překročením plánovaného rozpočtu u spotřeby léků, což bylo částečně způsobeno směnou metodiky účtování některých přípravků, které byly dříve zahrnuty do zdravotnického materiálu. V letech 2007–2013 Nemocnice Kyjov úspěšně snižovala podíl spotřeby materiálu na celkových nákladech hlavní činnosti. Meziroční nárůst spotřeby materiálu k celkovým výdajům zařízení byl zaznamenán koncem sledovaného období a to mezi roky 2013–2014. Tento meziroční nárůst nebyl způsoben vyšší spotřebou léků a zdravotnického materiálu, ale převážně nákupem drobných zdravotnických předmětů a lékařských nástrojů. Nemocnice Vyškov se od roku 2008 pohybuje pod hranici 20 %. U Nemocnice Vyškov byla ve třech letech sledovaného období překročena v rámci spotřeby materiálu hranice 21 % z celkových nákladů hlavní činnosti. V roce 2005 bylo toto ovlivněno nákupem materiálu, který byl následně použit na opravy a údržbu a v porovnání s předchozím rokem se jednalo o nárůst ve výši 2 452 tis. Kč. V roce 2006 byla výše nákladů ovlivněna překročením plánovaného rozpočtu u spotřeby léků a speciálního zdravotního materiálu. Nárůst se projevil také u dlouhodobého drobného hmotného majetku, který byl způsoben nutností vybavení nově zrekonstruovaných prostor a částečnou obnovou počítačů a tiskáren. V roce 2008 byla výše spotřebovaného materiálu negativně ovlivněna meziročním nárůstem v oblasti léků o 439 tis. Kč a také nárůstem spotřeby speciálního zdravotnického materiálu ve výši 3 951 tis. Kč.

**Tab. 4.8 Odpisy DHM a podíl na celkových nákladech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Hlavní činnost	Nemocnice Kyjov			Nemocnice Vyškov		
	Náklady celkem	Výše odpisů DHM	Podíl odpisů DHM na celkových nákladech	Náklady celkem	Výše odpisů DHM	Podíl odpisů DHM na celkových nákladech
2005	442 165	5 555	1,26 %	438 462	6 788	1,55 %
2006	469 670	5 614	1,20 %	468 224	7 143	1,53 %
2007	493 671	5 475	1,11 %	493 253	9 441	1,91 %
2008	527 711	11 793	2,23 %	507 162	9 188	1,81 %
2009	588 873	29 797	5,06 %	556 642	32 326	5,81 %
2010	610 139	29 179	4,78 %	551 300	30 010	5,44 %
2011	610 790	24 669	4,04 %	546 359	25 302	4,63 %
2012	616 169	24 481	3,97 %	550 080	26 188	4,76 %
2013	636 119	20 329	3,20 %	537 793	23 005	4,28 %
2014	680 895	19 357	2,84 %	538 780	22 565	4,19 %

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.8 je zřejmý nárůst podílu odpisů DHM na celkových nákladech vybraných zdravotnických zařízení v hlavní činnosti. U Nemocnice Kyjov stejně jako u Nemocnice Vyškov má vývoj odpisů kolísavý charakter. Na výši odpisů má významný vliv účtování nekrytí fondu investičního majetku, které částku konečných odpisů snižuje.

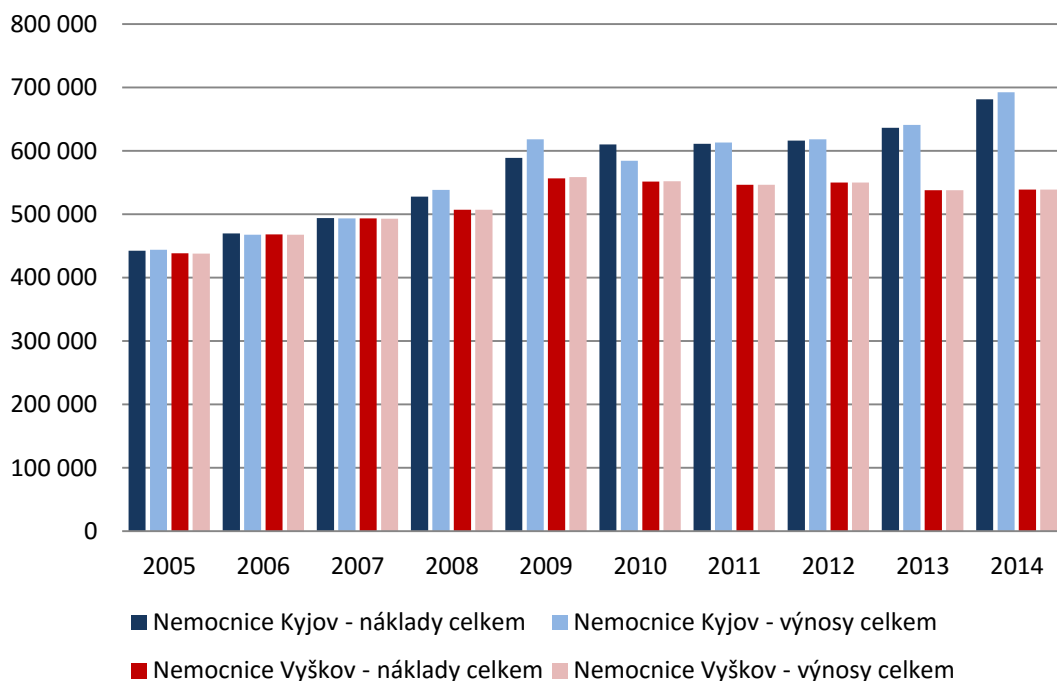
#### **4.1 Hodnocení výsledků hospodaření vybraných zdravotnických zařízení**

Na porovnání výsledků hospodaření vybraných zdravotnických zařízení byla zaměřena kapitola třetí. Nemocnice Kyjov se po celou dobu sledovaného období, tedy v letech 2005–2014, potýkala s obrovskou ztrátou z předchozích let. V roce 2005 dosahovala výše ztráty minulých let 33 217 tis. Kč. V letech 2005–2011 dosahovala Nemocnice Kyjov kladných i záporných výsledků hospodaření. Konečný výsledek hospodaření byl vždy pozitivně ovlivněn výsledkem hospodaření z doplňkové činnosti, která byla ve všech letech sledovaného období zisková. Od roku 2012 dosahuje Nemocnice Kyjov každoročně kladných výsledků hospodaření v hlavní činnosti. Toto má pozitivní dopad na snižování neuhrazené ztráty minulých let. Neuhrazená ztráta minulých let byla v období 2005–2014 snížena o částku 18 037 tis. Kč. Uhrazená částka představuje 55 % původní ztráty z roku 2005. K 31. 12. 2014 dosahovala ztráta z minulých let výše 15 180 tis. Kč. Nemocnice Vyškov v letech 2005–2007 dosahovala záporných výsledků hospodaření z hlavní činnosti. Výše ztráty byla ve všech těchto letech pokryta kladným výsledkem hospodaření z doplňkové činnosti, která stejně jako u Nemocnice Kyjov byla po celou dobu sledovaného období

zisková. V letech 2005–2007 byl i přes záporný výsledek hospodaření z hlavní činnosti celkovým výsledkem hospodaření zisk. Nejlepšího výsledku hospodaření dosáhla Nemocnice Vyškov v roce 2009 a to 2 075 tis. Kč v hlavní činnosti a 654 tis. Kč v doplňkové činnosti. Podstatný vliv na výsledek hospodaření v roce 2009 mělo zaúčtování finančního nekrytí fondu investičního majetku ve výši 19 000 tis. Kč.

Vývoj celkových výnosů a nákladů v hlavní činnosti Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov zachycuje Obr. 4.4 Vývoj výnosů a nákladů vybraných zdravotnických zařízení v hlavní činnosti za období 2005–2014.

**Obr. 4.4 Vývoj výnosů a nákladů vybraných zdravotnických zařízení v hlavní činnosti za období 2005–2014 (v tis. Kč)**



Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

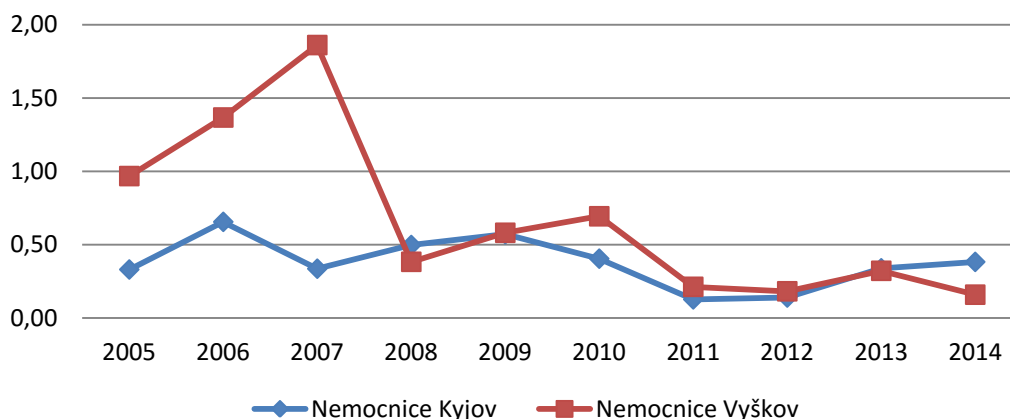
Z grafu na Obr. 4.4 je evidentní, že růst celkových nákladů je každoročně z větší části přímo úměrný poskytnutým výkonům za zdravotní péči, je tedy možné říci, že společným jmenovatelem celkového vývoje výsledku hospodaření jsou výnosy za výkony zdravotní péče. Tržby za vykázanou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven u Nemocnice Kyjov představovaly průměrně 88,67 % všech výnosů v hlavní činnosti. Nejvyššího podílu na celkových výnosech příspěvek od ZP u Nemocnice Kyjov dosáhl v roce 2007 a to ve výši 92,40 %. Výše tržeb za vykázanou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven u Nemocnice Vyškov dosahovala průměrně 74,39 % všech výnosů v hlavní činnosti. Nejvyššího podílu



bylo dosaženo v posledním roce sledovaného období, tedy v roce 2014 a to ve výši 76,76 % z celkových výnosů v hlavní činnosti.

Podrobnější zhodnocení hospodaření Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov je provedeno na základě finanční analýzy za použití vybraných hodnotících ukazatelů, které jsou stejně jako hospodaření nemocnic blíže specifikovány ve třetí kapitole.

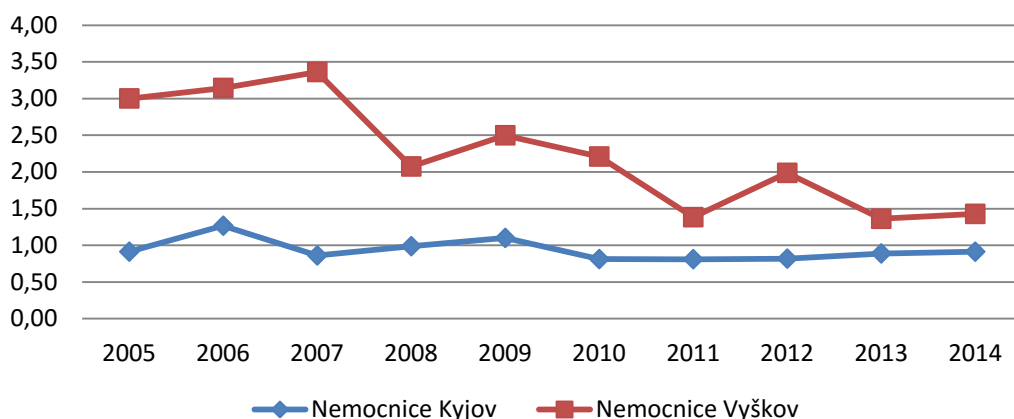
**Obr. 4.5 Vývoj peněžní likvidity vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Graf na Obr. 4.5 zobrazuje vývoj peněžní likvidity ve sledovaném období. Peněžní likvidita je vyjádřením schopnosti aktuálně dostát svým závazkům. Obě zdravotnická zařízení v první polovině sledovaného období dosahovaly vyšších hodnot peněžní likvidity. Doporučená hodnota daného ukazatele je v rozmezí 0,1 – 0,7. Nemocnice Kyjov ani Nemocnice Vyškov se v období 2005–2014 nedostaly pod hranici 0,1. U daného ukazatele je z dlouhodobého hlediska patrná klesající tendence, což znamená, že u obou zařízení klesá schopnost okamžité úhrady závazků.

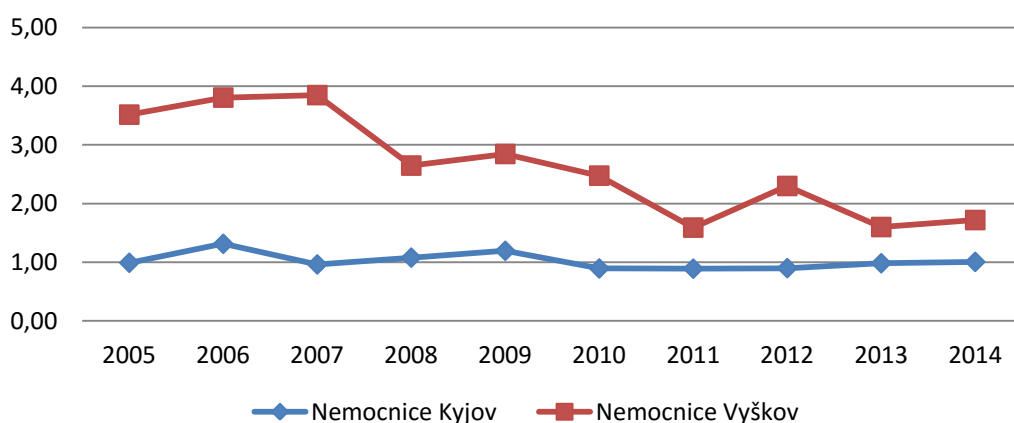
**Obr. 4.6 Vývoj pohotové likvidity vybraných zdravotnických zařízení v období**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Ukazatel pohotové likvidity je očištěn o položku zásob. Pohotová likvidita je považována za nejprísnejší likvidní ukazatel. Vyjadruje schopnosť dostať svým záväzkům okamžite prostredníctvom peněžních prostředků a pohledávek. Optimální hodnota daného ukazatele je vyšší než 1. Z grafu na Obr. 4.6 je patrné, že Nemocnice Kyjov dosáhla pouze ve dvou letech sledovaného období hodnoty pro pohovou likviditu vyšší než 1. Mimo rok 2006 a rok 2009 se hodnota pohotové likvidity Nemocnice Kyjov pohybovala vždy těsně pod hodnotou 1. U Nemocnice Vyškov je zřejmá klesající tendence ukazatele pohotové likvidity, po celou dobu sledovaného období však nemocnice dosahovala optimálních hodnot. Toto je známkou dobré platební schopnosti organizace.

**Obr. 4.7 Vývoj běžné likvidity vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**

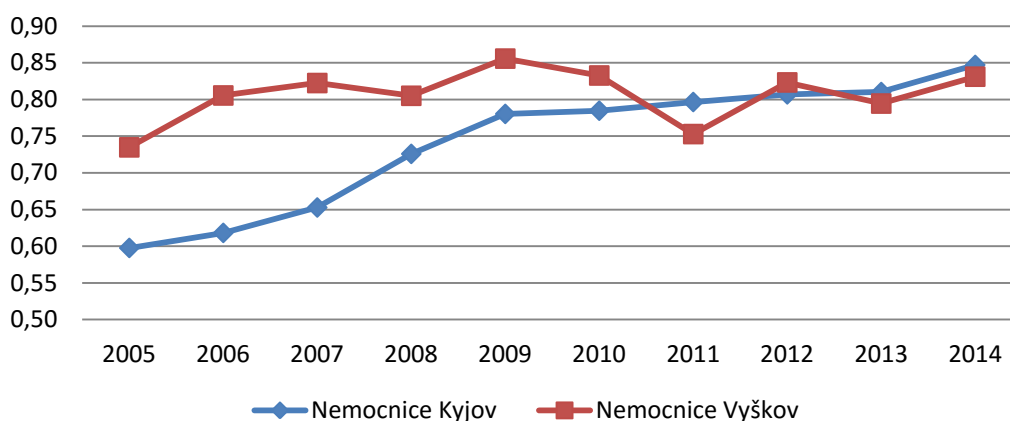


Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Ukazatel běžné likvidity vyjadruje schopnosť krytí krátkodobých záväzků prostredníctvom oběžných aktiv. Optimální hodnota ukazatele je vyšší než 1,5. Z grafu na

Obr. 4.7 je zřejmé, že Nemocnice Kyjov se dlouhodobě pohybuje pod hranicí optima, z čehož je patrné, že v období 2005–2014 se Nemocnice Kyjov potýkala s problémy v oblasti financí. Nemocnice Vyškov téměř ve všech letech sledovaného období dosahovala hodnot nad hranicí optima. V období 2005–2014 hodnota daného ukazatele klesla o více než polovinu. V letech 2011, 2013 a 2014 byla hodnota ukazatele mírně pod úrovní optima, z čehož lze konstatovat, že koncem sledovaného období se organizace potýkala s mírnými problémy v oblasti financí.

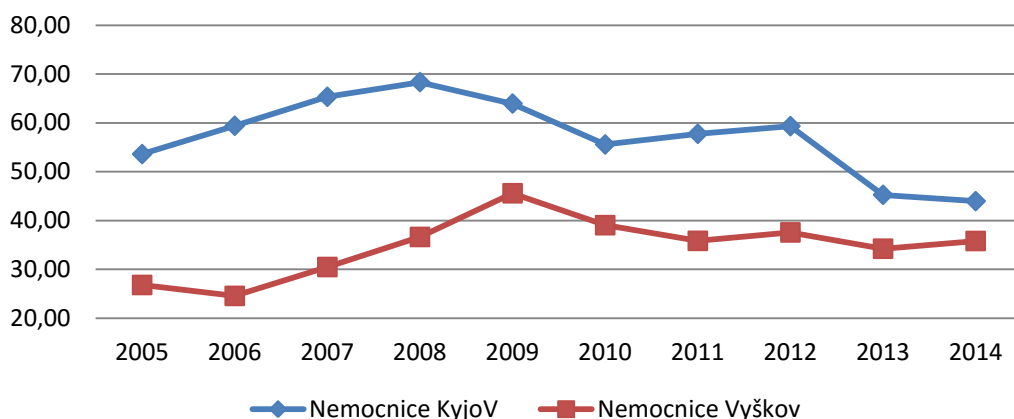
**Obr. 4.8 Vývoj obratu aktiv vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Ukazatel obratu aktiv vyjadřuje, kolik prostředků je organizace ročně schopna vygenerovat ze zdrojů, které má k dispozici. Nemocnice Kyjov každoročně zvyšuje hodnotu obratu aktiv. Výjimkou bylo pouze období 2010–2011, kdy hodnota pro obrat aktiv dosahovala stejné výše a to 0,81. Vývoj daného ukazatele Nemocnice Vyškov má z dlouhodobého pohledu rostoucí tendenci, v průběhu sledovaného období jsou však patrné výkyvy (poklesy).

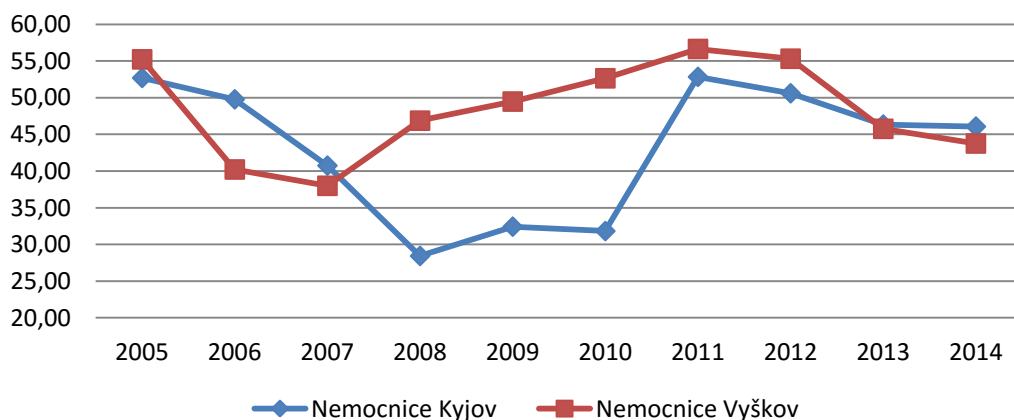
**Obr. 4.9 Vývoj obratu zásob vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Z grafu na Obr. 4.9 je u Nemocnice Kyjov v letech 2005–2008 patrná rostoucí tendence a v letech 2008–2014 tendence klesající. U Nemocnice Vyškov měl vývoj obratu zásob rostoucí charakter do roku 2009. Od tohoto roku hodnota daného ukazatele s mírnými výkyvy klesá. Průměrná doba obratu zásob Nemocnice Kyjov v letech 2005–2014 byla 57,2 dnů, u Nemocnice Vyškov 34,6 dnů.

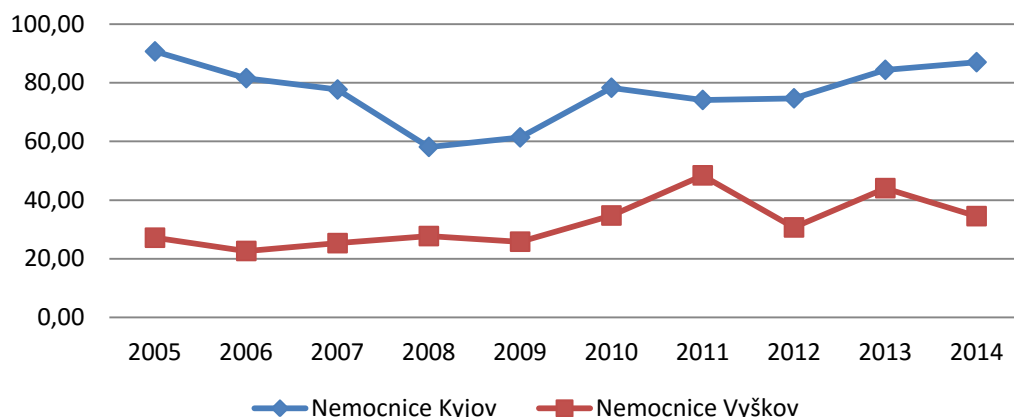
**Obr. 4.10 Vývoj obratu pohledávek vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Graf na Obr. 4.10 znázorňuje vývoj obratu pohledávek, tedy průměrnou dobu, za kterou byly pohledávek uhrazeny. Z grafu není možné stanovit jednoznačný trend, je však patrné, že v rámci sledovaného u obou vybraných zdravotnických zařízení převažovala vyšší hodnota obratu pohledávek.

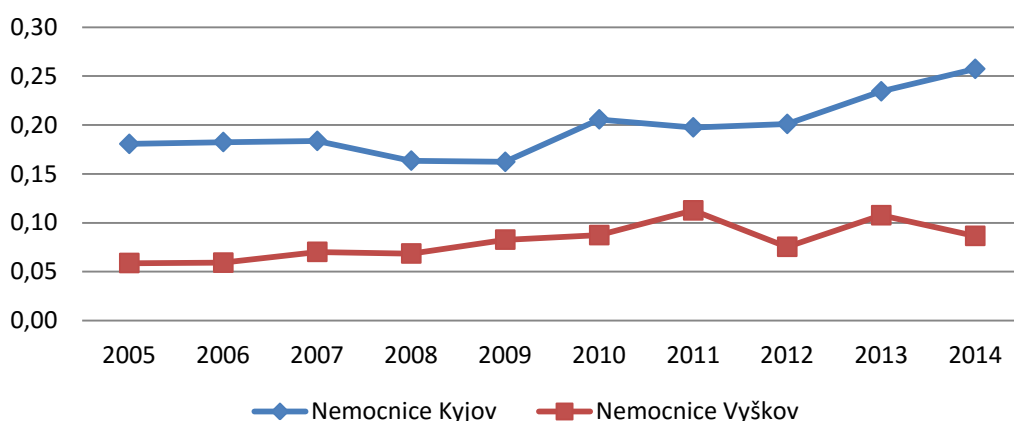
**Obr. 4.11 Vývoj obratu krátkodobých závazků vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Doba obratu krátkodobých závazků má u vybraných zdravotnických zařízení kolísavý charakter. V letech 2005–2014 měl vývoj obratu krátkodobých pohledávek Nemocnice Kyjov klesající charakter, od roku 2008 je u daného ukazatele patrná rostoucí tendence. I přes tuto skutečnost byla doba obratu krátkodobých pohledávek v posledním roce, tedy v roce 2014 nižší než v roce 2005. U Nemocnice Vyškov byl vývoj obratu pohledávek v letech 2005–2009 téměř konstantní. O roku 2010 má spíše rostoucí tendenci. U obou zdravotnických zařízení byla doba obratu krátkodobých závazků delší než doba obratu pohledávek.

**Obr. 4.12 Vývoj míry zadluženosti vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**

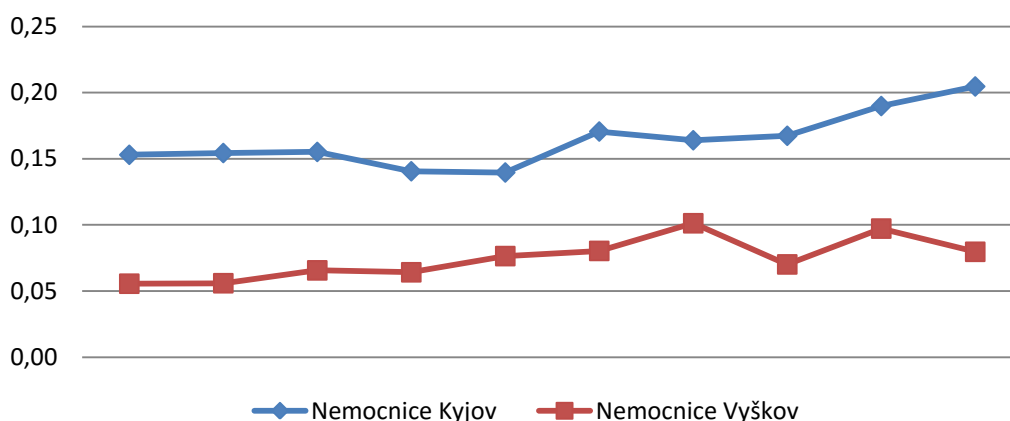


Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Nemocnice Kyjov i Nemocnice Vyškov dosahují velmi nízkých hodnot míry zadluženosti, viz graf na Obr. 4.12. Nízká míra zadluženosti je v souladu s právní formou

vybraných zdravotnických zařízení jako příspěvkových organizací kraje. Vyšší hodnota míry zadluženosti Nemocnice Kyjov je ovlivněna kumulovanou ztrátou minulých let, se kterou se organizace potýkala v rámci celého sledovaného období. U Nemocnice Vyškov byla ztráta minulých let po celou dobu sledovaného období nulová.

**Obr. 4.13 Vývoj celkové zadluženosti vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014**



Zdroj: Rozvaha Nemocnice Kyjov 2005–2014, Rozvaha Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Graf na Obr. 4.13 zobrazuje vývoj celkové zadluženosti nemocnic. Vývoj daného ukazatele koresponduje s vývojem míry zadluženosti. Nemocnice Vyškov tedy dosahuje v porovnání s Nemocnicí Kyjov stejně jako u míry zadluženosti nižších hodnot po celou dobu sledovaného období. Žádné z vybraných zdravotnických zařízení nepřesáhla výše cizích zdrojů jeden a půl násobek vlastního kapitálu.

#### 4.2 Návrhy na zlepšení hospodaření vybraných zdravotnických zařízení

Z provedené finanční analýzy vybraných krajských nemocnic byla získána data, na jejichž základě je možné navrhnout oblasti pro zlepšení a zkvalitnění hospodaření jednotlivých nemocnic.

Ve sledovaném období obě nemocnice dosahovaly v hlavní činnosti záporného výsledku hospodaření. U Nemocnice Vyškov byly ztráty zpravidla nižší a vždy byly úspěšně pokryty kladným výsledkem hospodaření. Koncem sledovaného období Nemocnice Vyškov nebyla ztrátová, kladný výsledek hospodaření byl však velmi nízký. U Nemocnice Kyjov kladné výsledky hospodaření nedosahovaly dostatečné výše pro pokrytí ztrát z hlavní činnosti a kumulované ztráty let minulých. Pro celkové zlepšení výsledku hospodaření vedou obvykle dvě cesty. Cesta zvýšení výnosů nebo cesta snížení nákladů. Optimálním stavem je situace, kdy se organizaci daří snižovat náklady a současně zvyšovat výnosy. Výnosy nemocnic jsou

v hlavní činnosti závislé na úhradách ze strany zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči. Nemocnice jen stěží ovlivní výši a druh poskytnuté zdravotní péče. Ovlivnění výnosové strany hospodaření je tedy téměř nemožné. Ke zlepšení výsledku hospodaření je tudíž potřeba jít cestou snižování nákladů organizace.

Nejvyšší nákladovou položkou vybraných zdravotnických zařízení představují mzdové náklady. Nemocnice Kyjov dosahuje v porovnání s náklady celkovými vyšších mzdových nákladů při nižších průměrných platech u všech zaměstnanců. U Nemocnice Kyjov na jedno lůžko připadá v rámci odborného zdravotnického personálu průměrně o 2,9 zaměstnance více než v Nemocnici Vyškov. Úspora finančních prostředků související se snížením počtu zaměstnanců by mohla mít negativní dopad na kvalitu poskytované zdravotní péče. V rámci Nemocnice Kyjov by však bylo vhodné na základě interního auditu optimalizovat zaměstnaneckou strukturu a platové ohodnocení zaměstnanců. Nízké platové ohodnocení zaměstnanců by v budoucnu mohlo být důvodem pro odchod specializovaných pracovníků a následné komplikace s poskytováním zdravotní péče.

V rámci obou nemocnic byl v období 2005–2014 snížen lůžkový fond a byla změněna jeho struktura. I přes tuto skutečnost průměrné náklady na 1 ošetrovací den u Nemocnice Kyjov stále rostou. V rámci Nemocnice Kyjov by měla být provedena opětovná analýza využití lůžkového fondu a provedena jeho následná restrukturalizace.

Úspory v oblasti mzdových nákladů je možné dosáhnout zajištěním určitých částí provozu externími organizacemi. Zaměstnanci mimo odborný zdravotnický personál představovaly u Nemocnice Kyjov v rámci sledovaného období průměrně 19,2 % všech zaměstnanců, u Nemocnice Vyškov dokonce 29,8 % všech zaměstnanců. Přepočtený počet THP pracovníků u obou nemocnic v rámci sledovaného období dosahoval výše 50–60 pracovníků. S ohledem na vývoj průměrných mezd je pro vyčíslení mzdových nákladů a teoretické úspory výchozí období 2010–2014, toto období je tedy výchozí i pro průměrný přepočtený stav THP pracovníků.

**Tab. 4.9 Mzdové náklady na 1 THP pracovníka a teoretická úspora (v Kč)**

	<b>Průměrný přepočtený počet THP pracovníků</b>	<b>1 THP pracovník</b>		<b>Mzdová úspora</b>	
		<b>Průměrný měsíční plat</b>	<b>Průměrný roční plat</b>	<b>60 THP pracovníků</b>	<b>30 THP pracovníků</b>
Nemocnice Kyjov	61,6	21 371	256 452	20 618 741	10 309 370
Nemocnice Vyškov	59,2	25 028	300 336	24 147 014	12 073 507

Zdroj: Příloha č. 6. Příloha č. 7. Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.9 je zřejmé, že mzdová úspora v případě snížení počtu THP pracovníků na polovinu by v rámci Nemocnice Kyjov představovala částku vyšší než 10 mil. Kč, v rámci Nemocnice Vyškov více než 12 mil. Kč. Snížení počtu THP pracovníků je možné v oblasti účetnictví, personalistiky či mzdové agendy. Zajištění těchto činností externě by mělo pozitivní dopad také na spotřebu energií, vody či kancelářských potřeb. Je třeba si uvědomit, že pokud tyto služby budou v budoucnu zajišťovány externě, konečná úspora nebude ve výši mzdových úspor.

Dalším návrhem na snížení vysokých nákladů je úspora v oblasti spotřeby materiálu a v oblasti léčiv. Jednou z možností jak v dané oblasti ušetřit je realizace nových výběrových řízení na nákup speciálního zdravotnického materiálu. U nových dodavatelů zdravotnického materiálu vzniká prostor pro vyjednání nových podmínek (množstevní slevy, skonto za včasnou úhradu) a tím také možnost dosažení příznivějších cen daného materiálu.

Úspory je možné dosáhnout také optimalizací výše zásob. Zásoby představují u Nemocnice Kyjov průměrně 8,3 % oběžných aktiv, u Nemocnice Vyškov 17,7 % oběžných aktiv. Využití moderních metod řízení a optimalizace zásob přináší snížení finančních prostředků vázaných právě ve formě zásob.



## 5 Závěr

Nemocnice jsou specifickými lůžkovými zdravotnickými zařízeními poskytující specializovanou zdravotní péči. Zpravidla se jedná o tak rozsáhlé komplexy, že jen stěží by péče, které se zde pacientům dostává, mohla být nahrazena jinými poskytovateli.

Diplomová práce si kladla za cíl komplexně zhodnotit hospodaření dvou vybraných zdravotnických zařízení v právní formě příspěvkové organizace kraje za období 2005–2014. Předmětem zkoumání se stala Nemocnice Kyjov, p. o. a Nemocnice Vyškov, p. o., jejichž zřizovatelem je na základě zřizovací listiny Jihomoravský kraj.

Teoretická část práce se zabývá základní charakteristikou zdravotnictví a zdravotní péče, financováním dané oblasti, sítě nemocničních zařízení v České republice a následné specifikaci nemocnic v různých právních formách.

V praktické části byla provedena analýza hospodaření vybraných nemocnic za období 2005–2014 ze které vyplynulo, že obě vybraná zdravotnická zařízení v rámci sledovaného období dosahovaly kladných i záporných výsledků hospodaření v hlavní činnosti. V doplňkové činnosti dosahovaly obě nemocnice vždy kladného výsledku hospodaření. Nemocnice Kyjov se po celou dobu sledovaného období potýkala s kumulovanou ztrátou minulých let. V roce 2005 výše této ztráty činila 33,2 mil. Kč. Výši této ztráty nebylo možné pokrýt kladnými výsledky hospodaření doplňkové činnosti. I přes záporné výsledky hospodaření v některých letech sledovaného období se Nemocnici Kyjov úspěšně daří ztrátu snižovat. V roce 2014 činila kumulovaná výše ztráty minulých let 15,1 mil. Kč. Nemocnice Vyškov se se ztrátou let minulých nepotýkala. Záporného výsledku hospodaření v hlavní činnosti dosahovala Nemocnice Vyškov v letech 2005–2007. Doplňková činnost dosahovala takové úrovně zisku, že ve všech těchto letech byla jeho výše dostačující pro pokrytí ztrát hlavní činnosti. Od roku 2008 byl výsledek Nemocnice Vyškov v hlavní činnosti vždy kladný.

Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotnických zařízení bylo provedeno na základě finanční analýzy za použití vybraných hodnotících ukazatelů.

Ukazatele likvidity vyjadřují schopnost podniku dostát včas svým závazkům. U obou nemocnic v letech 2005–2014 měly všechny ukazatele likvidity klesající charakter, což by v budoucnu mohlo znamenat problémy v oblasti financí. Pod hranicí optima se nacházela Nemocnice Kyjov s dosaženými hodnotami ukazatele běžné likvidity. U peněžní a pohotové likvidity obě nemocnice dosahovaly hodnot nad stanoveným optimem. Nemocnice Vyškov

dosahovala, v porovnání s Nemocnicí Kyjov, vyšších hodnot ukazatelů likvidity což znamená, že Nemocnice Vyškov má vyšší schopnost dostát svým závazkům.

Ukazatele aktivity mají vypovídací schopnost o využívání investovaných finančních prostředků a vázanosti jednotlivých složek kapitálu v jednotlivých druzích aktiv a pasiv. Pozitivní vývoj má u obou nemocnic ukazatel obratu aktiv a obratu zásob. Ukazatel obratu aktiv má u obou nemocnic z dlouhodobého hlediska rostoucí charakter, což znamená, že vybraná zdravotnická zařízení jsou schopna ze zdrojů, které mají k dispozici, generovat více prostředků. Doba obratu zásob měla u obou nemocnic v letech 2005–2009 rostoucí charakter, od roku 2010 má však klesající tendenci což znamená, že se obě zdravotnická zařízení snaží zkracovat dobu, po kterou jsou ve formě zásob vázány finanční prostředky. I přes klesající trend daného ukazatele je doba obratu zásob u vybraných zařízení rozdílná. Průměrná doba obratu zásob Nemocnice Kyjov byla 57,2 dnů zatím co u Nemocnice Vyškov pouze 34,6 dnů. V rámci doby obratu pohledávek a závazků není jednoznačný trend jejich vývoje. Po celou dobu sledovaného období však byla doba obratu krátkodobých závazků delší než doba obratu pohledávek, což je pozitivní.

Ukazatele zadluženosti vyjadřují skutečnost, že k financování aktiv ve vlastní činnosti jsou podnikem využívány i cizí zdroje. Ukazatel míry zadluženosti a ukazatel celkové zadluženosti u obou nemocnic dosahuje velmi nízkých hodnot. V rámci sledovaného období mají oba ukazatele rostoucí charakter. Rostoucí charakter daných ukazatelů není způsobem fyzickým zadlužováním vybraných nemocnic. Je ovlivněn růstovou tendencí výnosů a nákladů. Při vyšším objemu nákladů je tedy zřejmý vyšší objem krátkodobých závazků.

V rámci sledovaného období byla hodnocena také míra autarkie na bázi výnosů a nákladů, která odráží míru, v jaké je municipální firma soběstačná z hlediska pokrytí svých nákladů hlavní činnosti z dosažených výnosů. Od roku 2008 obě nemocnice dosahují optimálních hodnot, tedy minimálně 100 % míry autarkie. Jedinou výjimkou v letech 2008–2014 byl u Nemocnice Kyjov rok 2010, kdy míra autarkie klesla na nejnižší hodnotu celého sledovaného období a to na 95,73 %. S výjimkou roku 2010 pro Nemocnici Kyjov je tedy možné považovat obě zdravotnická zařízení za soběstačná v oblasti pokrytí nákladů již od roku 2008.

**Hypotéza** stanovená v úvodu diplomové práce, **že v rámci sledovaného období došlo ke stabilizaci hospodaření obou nemocnic, se potvrdila.** Nemocnice Kyjov z dosahovaných

kladných výsledků hospodaření úspěšně snižuje ztrátu let minulých. Nemocnice Vyškov od roku 2008 nedosáhla záporného výsledku hospodaření.

Poslední část diplomové práce byla zaměřena na stanovení doporučení k dosažení ještě lepších výsledků hospodaření. Podrobnou analýzou vývoje lůžkového fondu bylo zjištěno, že u Nemocnice Kyjov se i přes snížení a restrukturalizaci lůžkového fondu nedaří snižovat průměrné náklady na jeden ošetrovací den. Nemocnice by měla zvážit možnost další restrukturalizace lůžkového fondu a snížení počtu lůžek oddělení jako je pediatrie či porodní, kde využití lůžek v posledních letech nepřesahuje 70 %. Úspory v oblasti mzdových nákladů je možné dosáhnout zajištěním určitých částí provozu externími organizacemi. Přepočtený počet THP pracovníků se u obou nemocnic v letech 2005–2014 pohyboval v rozmezí 50–60 osob. Průměrné náklady na jednoho THP pracovníka s ohledem na jeho průměrnou mzdu za období 2010–2014 jsou průměrné roční náklady u Nemocnice Kyjov 343 tis. Kč, u Nemocnice Vyškov 402 tis. Kč. V případě přistoupení k tomuto kroku je potřeba brát zřetel na konečnou cenu externě poskytovaných služeb. Posledním navrhovaným opatřením pro obě nemocnice je optimalizace výše zásob. V zásobách jsou vázány finanční prostředky organizací. Při snížení stavu zásob se hodnota finančních prostředků pozitivně promítne do ukazatelů likvidity.

## 6 Seznam použité literatury

### Knižní publikace

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 336 s. ISBN 978-80-7357-984-5.
3. GRÜNWALD, Rolf a Jaroslava HOLEČKOVÁ. *Finanční analýza a plánování podniku*. Praha: Ekopress, s.r.o., 2007. 318 s. ISBN 978-80-86929-26-2.
4. KOŽENÝ, P., J. NĚMEC, J. KÁRNÍKOVÁ a M. LOMÍČEK. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1.
5. KRAFTOVÁ, Ivana. *Finanční analýza municipální firmy*. Praha: C. H. Beck, 2002. 206 s. ISBN 80-7179-778-2.
6. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 6. přepracované vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. 568 s. ISBN 978-80-7478-921-2.
7. MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
8. MERLÍČKOVÁ RŮŽIČKOVÁ, Růžena. *Neziskové organizace: vznik, účetnictví, daně*. 12. aktualizované vyd. Olomouc: ANAG, 2013. 264 s. ISBN 978-80-7263-825-3.
9. POPESKO, B., P. NOVÁK, Z. TUČKOVÁ, Š. FIALOVÁ a J. STROUHAL. *Kalkulace nákladů ve zdravotnických organizacích*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. 220 s. ISBN 978-80-7478-509-2.
10. RŮŽIČKOVÁ, Petra. *Finanční analýza: metody, ukazatele, využití v praxi*. 4 aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 143 s. ISBN 978-80-247-3916-8.
11. STAŇKOVÁ, Pavla. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: GEORG, 2013. 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.
12. VRABKOVÁ, Iveta a Ivana VAŇKOVÁ. *Evaluation Models of Efficiency and Quality of Bed Care in Hospitals*. Ostrava: VŠB-TU Ostrava, 2015. 184 s. ISBN 978-80-248-3755-0.

## Elektronické zdroje

13. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ. *Nemocnice – vybrané území* [online]. 2015, ČSÚ [27. 12. 2015]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=NEMOCNICE&zo=N&pvo=ZDR08&verze=-1&z=T&f=TABULKA&nahled=N&sp=N&filtr=G~F\\_M~F\\_Z~F\\_R~F\\_P~S~\\_null\\_&katalog=all&str=v97&u=v97\\_\\_VUZEMI\\_\\_100\\_\\_3018](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=NEMOCNICE&zo=N&pvo=ZDR08&verze=-1&z=T&f=TABULKA&nahled=N&sp=N&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~S~_null_&katalog=all&str=v97&u=v97__VUZEMI__100__3018)
14. HEALTHCARE INSTITUTE CZECH REPUBLIC, o.p.s. HCI. *Hodnocení finančního zdraví nemocnic v České republice v roce 2015 z údajů hospodaření za rok 2014* [online]. 2016, HCI [10. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/>
15. INFORMAČNÍ SYSTÉM ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ. ISZP. *Ovzduší a zdraví (2. část) – determinanty zdraví, zdravotní ukazatele* [online]. 2015, ISZP [27. 12. 2015]. Dostupné z: [http://iszp.kr-moravskoslezsky.cz/cz/ovzdusi/ovzdusi\\_a\\_zdravi/ovzdusi-a-zdravi-2-cast---determinanty-zdravi--zdravotni-ukazatele-31755/](http://iszp.kr-moravskoslezsky.cz/cz/ovzdusi/ovzdusi_a_zdravi/ovzdusi-a-zdravi-2-cast---determinanty-zdravi--zdravotni-ukazatele-31755/)
16. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. MZČR. *Zdraví 2020* [online]. 2015, MZČR [27. 12. 2015]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci\\_8690\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html)
17. ODBOROVÝ SVAZ ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE ČR. Ekonomické výsledky nemocnic k 31. 12. 2013 [online]. 2016, OSZ CMKOS [9. 4. 2016]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/18-6-2014-ekonomicke-vysledky-nemocnic-k-31-12-2013.aspx>
18. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS ČR: *Sociálně ekonomické determinanty zdraví* [online]. 2015, ÚZIS [27. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/socialne-ekonomicke-determinanty-zdravi>

## Legislativní prameny

19. Zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 18 – 21. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2/1993&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2/1993&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).

20. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1190. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN
21. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 85, s. 3231 – 3233. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=261/2007&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=261/2007&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
22. Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1969, částka 1, s. 16. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2/1969&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2/1969&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
23. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4737 – 4747. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
24. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 36, s. 1522 – 1603. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=92/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=92/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
25. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1686 – 1730. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=99/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=99/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
26. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3622 – 3662. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=258/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=258/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).

27. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 119, s. 3558 – 3565. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=592/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=592/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
28. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 104, s. 2278 – 2731. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=551/1991&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=551/1991&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
29. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 129, s. 4034 – 4037. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=324/2014&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=324/2014&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
30. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4839 – 4848. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=374/2011&typeLaw=zakon&chat=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=374/2011&typeLaw=zakon&chat=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
31. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4802 – 4838. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=373/2011&typeLaw=zakon&chat=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=373/2011&typeLaw=zakon&chat=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
32. Zákon č. 372/2011 Sb., zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730 – 4798. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
33. Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 65, s. 3554 – 3560. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=248/1995&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=248/1995&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
34. Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 65, s. 3104 – 3128. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=218/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=218/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

35. Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73, s. 3557 – 3567. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=250/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=250/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
36. Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech, ve znění pozdějších předpisů (zákon o obchodních korporacích). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 34, s. 1370 – 1482. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=90/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=90/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy). ISSN 1211-1244.
37. Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 2, s. 83 – 94. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=3/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=3/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
38. Zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 106, s. 6130 – 6139. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=290/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=290/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)



## 7 Seznam zkratk

ARO	Anesteziologicko - resuscitační oddělení
A HV – HC	Autarkie hlavní činnosti na nákladově výdajové bázi,
ČR	Česká republika
DHM	Dlouhodobý hmotný majetek
DRG	DiagnosisRelated Group
EU	Evropská unie
IČO	Identifikační číslo
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N HC	Náklady z hlavní činnosti
OPS	Obecně prospěšná společnost
ORL	Oddělení ušní, nosní, krční
PO	Příspěvková organizace
Spol.	Společnost
TRN	Plicní oddělení
ÚSC	Územně samosprávný celek
V HC	Výnosy z hlavní činnosti
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotní pojišťovna

## Seznam tabulek

Tab. 2.1 Členění zdravotnických zařízení .....	8
Tab. 2.2 Počty nemocnic, lůžek a hospitalizovaných pacientů dle krajů k 31. 12. 2013 .....	19
Tab. 3.1 Počty lůžek vybraných Nemocnice Kyjov a Nemocnice Vyškov dle jednotlivých oddělení k 31. 12. 2014 .....	29
Tab. 3.2 Lůžkový fond a jeho meziročních změny ve vybraných nemocnicích v letech 2005–2014 .....	30
Tab. 3.3 Hodnotící ukazatele finančního zdraví nemocnic a jejich váhy dle HealthCare Institute .....	39
Tab. 3.4 Nemocnice Kyjov - vývoj výsledků hospodaření v letech 2005–2014 (v tis. Kč) ....	43
Tab. 3.5 Nemocnice Vyškov - vývoj výsledků hospodaření v letech 2005–2014 (v tis. Kč) ..	44
Tab. 3.6 Nemocnice Kyjov – výsledky hospodaření za hlavní činnost v letech 2005–2014 (v tis. Kč) .....	45
Tab. 3.7 Nemocnice Vyškov - výsledky hospodaření za hlavní činnost v letech 2005–2014 (v tis. Kč) .....	46
Tab. 4.1 Dílčí ukazatele hlavní činnosti vybraných zdravotnických zařízení v letech 2005–2014 (v tis. Kč) .....	49
Tab. 4.2 Podíl příspěvků z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech Nemocnice Kyjov v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	51
Tab. 4.3 Podíl příspěvků z rozpočtu ÚSC na celkových výnosech Nemocnice Vyškov v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	52
Tab. 4.4 Tržby za zdravotní výkony a jejich podíl na celkových výnosech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	54
Tab. 4.5 Ostatní příjmy z prodeje služeb a jejich podíl na celkových výnosech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	55
Tab. 4.6 Mzdové náklady a jejich podíl na celkových nákladech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	56
Tab. 4.7 Spotřeba materiálu a podíl na celkových nákladech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	57
Tab. 4.8 Odpisy DHM a podíl na celkových nákladech v hlavní činnosti ve vybraných zdravotnických zařízeních v období 2005–2014 (v tis. Kč) .....	59
Tab. 4.9 Mzdové náklady na 1 THP pracovníka a teoretická úspora (v Kč) .....	68

## Seznam obrázků

Obr. 3.1 Nemocnice Kyjov – vývoj lůžkového fondu vybraných oddělení v letech .....	31
Obr. 3.2 Nemocnice Vyškov – vývoj lůžkového fondu vybraných oddělení v letech.....	32
Obr. 3.3 Využití lůžek ve vybraných nemocnicích v období 2005–2014 (ve dnech).....	34
Obr. 3.4 Průměrné náklady na jeden ošetrovací den ve vybraných nemocnicích (v Kč) .....	34
Obr. 3.5 Počet hospitalizovaných pacientů ve vybraných zařízeních v letech 2005–2013 .....	35
Obr. 3.6 Nemocnice Kyjov – vybrané ukazatele zdravotní péče v letech 2005–2014.....	36
Obr. 3.7 Nemocnice Vyškov – vybrané ukazatele zdravotní péče v letech 2005–2014.....	36
Obr. 3.8 Výsledky hospodaření vybraných nemocnic po zdanění v letech 2005–2014 .....	45
Obr. 3.9 Výsledky hospodaření po zdanění za doplňkovou činnost v letech 2005–2014 (v tis. Kč).....	47
Obr. 4.1 Míra autarkie hlavní činnosti vybraných zdravotnických zařízení v letech 2005–2014 .....	50
Obr. 4.2 Vývoj příspěvku na provoz ze strany zřizovatele .....	53
Obr. 4.3 Vývoj podílu tržeb za zdravotní výkony na celkových výnosech vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014 .....	55
Obr. 4.4 Vývoj výnosů a nákladů vybraných zdravotnických zařízení v hlavní činnosti za období 2005–2014 (v tis. Kč).....	60
Obr. 4.5 Vývoj peněžní likvidity vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014 ..	61
Obr. 4.6 Vývoj pohotové likvidity vybraných zdravotnických zařízení v období.....	62
Obr. 4.7 Vývoj běžné likvidity vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014.....	62
Obr. 4.8 Vývoj obrátu aktiv vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014 .....	63
Obr. 4.9 Vývoj obrátu zásob vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014.....	64
Obr. 4.10 Vývoj obrátu pohledávek vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014 .....	64
Obr. 4.11 Vývoj obrátu krátkodobých závazků vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014.....	65
Obr. 4.12 Vývoj míry zadluženosti vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014.....	65
Obr. 4.13 Vývoj celkové zadluženosti vybraných zdravotnických zařízení v období 2005–2014.....	66

## **Seznam schémat**

Schéma 2.1 Faktory ovlivňující zdraví člověka .....	6
Schéma 2.2 Vztahy mezi pacienty a poskytovateli v rámci přímých úhrad.....	13
Schéma 2.3 Vztahy v rámci financování daňových výnosů.....	13
Schéma 2.4 Vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění .....	14
Schéma 2.5 Vztahy v rámci soukromého zdravotního pojištění .....	15

## Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 21. dubna 2016



Bc. Beáta Kmentová

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Nemocnice Kyjov – vývoj lůžkového fondu a jeho změny v období 2005–2014

Příloha č. 2 Nemocnice Vyškov – vývoj lůžkového fondu a jeho změny v období 2005–2014

Příloha č. 3 Vývoj vybraných ukazatelů nemocniční péče v období 2005–2014

Příloha č. 4 Nemocnice Kyjov – výnosy v období 2005–2014 (v tis. Kč)

Příloha č. 5 Nemocnice Vyškov – výnosy v období 2005–2014 (v tis. Kč)

Příloha č. 6 Nemocnice Kyjov -vývoj přepočteného počtu zaměstnanců a průměrných platů (v Kč) podle pracovního zařazení v období 2005–2014

Příloha č. 7 Nemocnice Vyškov -vývoj přepočteného počtu zaměstnanců a průměrných platů (v Kč) podle pracovního zařazení v období 2005–2014

## Přílohy

### Příloha č. 1 Nemocnice Kyjov – vývoj lůžkového fondu a jeho změny v období 2005–2014

Rok	Počty lůžek jednotlivých oddělení																				Počet lůžek celkem	Změna počtu lůžek za rok	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T			U
2005	71	20	26	28	32	23	25	28	61	29	24	28	21	20	20	76	11	5	3	8	6	565	-
2006	71	20	26	28	32	23	25	28	61	29	24	28	21	20	20	76	11	5	3	8	6	565	0
2007	71	20	26	28	32	19	28	25	61	29	24	28	21	20	20	76	11	9	3	8	6	565	0
2008	71	20	26	28	32	19	28	25	61	29	24	28	21	20	20	76	11	9	3	8	6	565	0
2009	71	20	26	28	32	19	28	25	61	29	24	28	21	20	20	76	11	9	3	8	6	565	0
2010	71	20	26	28	32	19	28	25	61	29	24	28	21	20	20	76	11	9	3	8	6	565	0
2011	71	20	24	30	31	14	16	25	61	29	20	20	8	15	20	76	11	6	3	8	6	514	-51
2012	71	20	24	30	31	14	16	25	61	29	20	20	8	15	20	76	11	6	3	8	6	514	0
2013	71	20	24	30	24	14	21	20	60	29	20	20	8	15	20	64	11	7	3	8	10	499	-15
2014	71	20	24	30	24	14	21	20	60	29	20	20	8	15	20	48	11	7	3	8	10	483	-16
Změna počtu lůžek daného oddělení	0	0	-2	2	-8	-9	-4	-8	-1	0	-4	-8	-13	-5	0	-28	0	2	0	0	4	-	-82

**Zdroj:** Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Oddělení	Označení	Oddělení	Označení
interna	A	ORL	L
infekční	B	oftalmologie	M
TRN	C	dermatovenerologie	N
neurologie	D	rehabil. a fyz. med.	O
pediatrie	E	následná péče	P
novorozenecké	F	interna JIP	Q
gynekologie	G	pediatrie JIP	R
porodní	H	gynekologie JIP	S
chirurgie	I	chirurgie JIP	T
ortopedie	J	ARO lůžkové	U
urologie	K		

## Příloha č. 2 Nemocnice Vyškov – vývoj lůžkového fondu a jeho změny v období 2005–2014

Rok	Počty lůžek jednotlivých oddělení																	Počet lůžek celkem	Změna počtu lůžek za rok
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q		
2005	86	30	46	30	10	26	29	70	20	15	18	90	6	5	4	6	4	495	-
2006	86	30	46	30	10	26	29	70	20	15	18	90	6	5	4	6	4	495	0
2007	86	30	46	30	10	26	29	70	20	15	18	90	6	5	4	6	4	495	0
2008	86	30	46	30	10	26	29	70	20	15	18	90	6	5	4	6	4	495	0
2009	86	26	46	30	10	26	29	66	20	15	18	90	6	5	4	6	4	487	-8
2010	86	26	46	30	10	22	29	66	20	15	18	90	6	5	4	6	4	483	-4
2011	76	20	42	30	10	20	21	66	20	10	18	90	6	5	4	6	5	449	-34
2012	76	20	42	30	10	20	21	66	20	10	18	90	6	5	4	6	5	449	0
2013	76	15	40	30	10	15	15	64	20	10	20	90	6	5	4	6	5	431	-18
2014	76	15	40	30	10	15	15	64	20	10	20	90	6	5	4	6	5	431	0
Změna počtu lůžek daného oddělení	-10	-15	-6	0	0	-11	-14	-6	0	-5	2	0	0	0	0	0	1	-	-64

**Zdroj:** Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

Oddělení	Označení	Oddělení	Označení
interna	A	ORL	J
TRN	B	rehabil. a fyz. med.	K
neurologie	C	následná péče	L
pediatrie	D	interna JIP	M
novorozenecké	E	neurologie JIP	N
gynekologie	F	pediatrie JIP	O
porodní	G	chirurgie JIP	P
chirurgie	H	ARO lůžkové	Q
urologie	I		



**Příloha č. 3 Vývoj vybraných ukazatelů nemocniční péče v období 2005–2014**

	Počet hospitalizovaných	Prům. obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek ve dnech	Prům. ošetrovací doba ve dnech	Náklady na 1 ošetrovací den (v Kč)	Rok
		lékaře / den	sestry u lůžka / den				
Nemocnice Kyjov	20 449	6,0	1,6	272,8	7,5	2 383	2005
Nemocnice Vyškov	15 265	8,6	1,9	298,3	9,3	2 522	
Nemocnice Kyjov	20 625	6,2	1,5	270,9	7,4	2 511	2006
Nemocnice Vyškov	15 482	7,4	2,1	315,2	10,1	2 590	
Nemocnice Kyjov	20 784	4,2	1,5	261,5	7,1	2 759	2007
Nemocnice Vyškov	16 481	5,7	2,0	315,3	9,5	2 821	
Nemocnice Kyjov	21 026	4,1	1,4	263,7	7,1	2 896	2008
Nemocnice Vyškov	15 861	4,8	1,6	290,4	9,1	3 049	
Nemocnice Kyjov	20 722	4,2	1,4	261,0	7,1	3 278	2009
Nemocnice Vyškov	15 824	4,8	1,7	298,8	9,2	3 279	
Nemocnice Kyjov	20 503	3,8	1,4	261,7	7,2	3 351	2010
Nemocnice Vyškov	15 383	4,6	1,6	292,9	9,2	3 318	
Nemocnice Kyjov	20 328	4,5	1,5	257,6	7,0	3 510	2011
Nemocnice Vyškov	15 023	4,6	1,6	294,9	9,3	3 361	
Nemocnice Kyjov	19 999	4,2	1,4	261,3	6,7	3 759	2012
Nemocnice Vyškov	15 475	4,7	1,7	307,3	8,9	3 424	
Nemocnice Kyjov	20 071	3,6	1,3	259,9	6,4	4 044	2013
Nemocnice Vyškov	15 769	4,5	1,7	317,8	8,7	3 387	
Nemocnice Kyjov	-	-	-	281,4	6,0	-	2014
Nemocnice Vyškov	-	-	-	320,3	8,3	-	

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

**Příloha č. 4 Nemocnice Kyjov – výnosy v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Výnosy		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tržby z prodeje služeb (úhrady od ZP)		408 420	430 596	455 653	481 765	534 876	513 447	521 194	543 757	550 499	604 281
Tržby z prodeje služeb (mimo úhrady od ZP)		6 481	8 099	6 021	21 594	19 772	20 695	20 682	26 590	29 702	17 284
Tržby za prodané zboží		188	194	2 297	242	375	1 791	1 422	1 764	23 754	41 937
Ostatní výnosy		20 471	28 549	24 951	26 807	59 342	48 540	66 687	42 166	34 243	24 015
Příspěvky a dotace na provoz											
z toho:	z rozpočtu ÚSC	8 000	100	2 518	4 630	3 902	3 939	3 141	3 404	2 400	2 400
	ze SR								65		883
	ostatní	111		1 685						173	1 493
Výnosy za hlavní činnost celkem		443 671	467 538	493 125	535 038	618 267	588 412	613 126	617 746	640 771	692 293
Tržby za doplňkovou činnost celkem		431	414	406	411	453	604	623	540	420	419
Výnosy celkem		444 102	467 952	493 531	535 449	618 720	589 016	613 749	618 286	641 191	692 712

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014. Vlastní zpracování.

**Příloha č. 5 Nemocnice Vyškov – výnosy v období 2005–2014 (v tis. Kč)**

Výnosy		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tržby z prodeje služeb (úhrady od ZP)		317 023	349 897	370 873	378 675	411 305	414 753	403 009	414 939	387 656	413 605
Tržby z prodeje služeb (mimo úhrady od ZP)		11 231	11 275	11 919	27 577	27 745	26 363	23 847	28 258	28 677	29 151
Tržby za prodané zboží		85 711	80 989	83 060	66 602	75 773	59 726	56 032	65 664	63 861	61 374
Ostatní výnosy		23 835	25 481	24 677	31 846	41 394	48 433	61 092	33 121	46 757	22 961
Příspěvky a dotace na provoz											
z toho:	z rozpočtu ÚSC		75	2 531	2 480	2 500	2 695	2 400	8 112	2 400	2 400
	ze SR									105	444
	ostatní	113								8 389	8 895
Výnosy za hlavní činnost celkem		437 913	467 717	493 060	507 180	558 717	551 970	546 380	550 094	537 845	538 830
Tržby za doplňkovou činnost celkem		2 854	2 805	2 650	2 817	2 803	2 639	2 427	2 448	2 704	2 626
Výnosy celkem		440 767	470 522	495 710	509 997	561 520	554 609	548 807	552 542	540 549	541 456

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

**Příloha č. 6 Nemocnice Kyjov -vývoj přepočteného počtu zaměstnanců a průměrných platů (v Kč) podle pracovního zařazení v období 2005–2014**

		lékaři a zubní lékaři	farmaceuti	všeob. sestry, porodní asistentky	nelékaři s odb. způsobilostí	nelékaři s odb. a speciální způsobilostí	nelékaři pod odb. dohledem nebo přímým vedením	jiní odb. prac. nelékaři s odb. způsobilostí	THP	dělníci a provozní pracovníci	pedagogičtí pracovníci
2005	počet zaměstnanců	117,05	3	383,1	51,74	26,16	124,56	3,58	57,67	110,69	0,88
	průměrný plat	18 171	18 642	12 063	12 587	12 976	8 701	19 156	9 437	6 902	13 290
2006	počet zaměstnanců	116,75	3	386,56	52,06	27,21	125,56	3,34	59,35	111,88	0,88
	průměrný plat	32 873	26 425	18 321	20 210	18 530	11 968	30 339	15 415	9 075	13 528
2007	počet zaměstnanců	122,94	3	282,51	53,81	29,38	128,76	4,1	57,44	109,44	0,88
	průměrný plat	29 183	26 033	19 521	18 836	19 235	12 850	28 009	16 465	9 509	15 439
2008	počet zaměstnanců	118,71	3	377,49	54,31	30,38	132,44	4	55,9	117,07	0
	průměrný plat	30 313	30 965	19 949	18 411	19 947	13 071	28 653	18 027	9 598	0
2009	počet zaměstnanců	118,34	3	390,28	56,88	30,73	134,91	4,13	58,29	118,08	0
	průměrný plat	34 151	34 535	21 451	19 027	21 174	13 722	32 934	20 043	11 175	0
2010	počet zaměstnanců	127,44	3	371,39	57,28	27,21	144,11	4,5	61,12	114,14	0
	průměrný plat	31 474	33 596	22 458	19 884	21 532	14 183	29 789	20 986	11 830	0
2011	počet zaměstnanců	118,54	3	387,97	55,69	30,09	138,9	3,32	58,82	111,71	0
	průměrný plat	37 187	30 892	22 975	19 827	24 195	14 209	30 384	20 687	11 887	0
2012	počet zaměstnanců	122,67	3	380,61	54,25	30,69	144,75	2,1	61,78	105,87	0
	průměrný plat	38 326	3 315	23 182	19 426	24 378	14 179	34 233	21 919	11 466	0
2013	počet zaměstnanců	120,62	5,31	381,71	57,25	30,04	140,75	3	61,8	108,95	0
	průměrný plat	38 022	35 233	23 503	19 768	24 924	14 364	34 211	21 221	11 739	0
2014	počet zaměstnanců	135,37	6,81	380,8	59,95	32,79	151,15	3	64,5	111,57	0
	průměrný plat	39 409	39 703	24 001	20 459	24 943	14 885	33 934	22 041	12 019	0

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.

**Příloha č. 7 Nemocnice Vyškov -vývoj přepočteného počtu zaměstnanců a průměrných platů (v Kč) podle pracovního zařazení v období 2005–2014**

		lékaři a zubní lékaři	farmaceuti	všeob. sestry, porodní asistentky	nelékaři s odb. způsobilostí	nelékaři s odb. a speciální způsobilostí	nelékaři pod odb. dohledem nebo přímým vedením	jiní odb. prac. nelékaři s odb. způsobilostí	THP	dělníci a provozní pracovníci
2005	počet zaměstnanců	90,3	7	294	55	19,31	62	3	57,3	175,32
	průměrný plat	37 703	29 405	17 467	17 700	15 635	11 923	36 899	18 082	9 722
2006	počet zaměstnanců	93,57	7	294,3	54	18,71	64	3	56,3	172,08
	průměrný plat	41 605	30 231	19 505	19 127	18 577	13 042	40 270	19 935	10 025
2007	počet zaměstnanců	94,7	6,5	299,3	57,6	17,71	66	3	61,3	168,84
	průměrný plat	45 018	23 924	20 959	19 928	17 931	14 308	40 389	21 740	10 653
2008	počet zaměstnanců	92,65	6	299,3	56,6	16,71	63,1	3	64,3	175,89
	průměrný plat	45 503	30 784	21 437	20 464	18 190	14 563	42 143	22 873	10 999
2009	počet zaměstnanců	94,8	6,3	295,9	52,3	17,46	68	3	64,05	165,4
	průměrný plat	49 847	33 077	23 192	20 977	20 198	15 535	43 519	23 698	11 188
2010	počet zaměstnanců	95,2	6	293,3	52,8	18,71	68	3	64,3	162,7
	průměrný plat	50 436	34 276	24 787	21 682	20 825	15 690	44 567	24 302	11 318
2011	počet zaměstnanců	93,8	7	283,9	49	19,71	72	3	59,8	160,04
	průměrný plat	58 550	32 566	25 395	22 395	20 073	15 810	47 882	24 107	11 387
2012	počet zaměstnanců	95,9	7	284,6	50,8	20,21	73	3	58	160,79
	průměrný plat	61 163	30 189	25 379	22 275	20 732	15 729	45 971	25 387	11 287
2013	počet zaměstnanců	93	7	282,9	46,9	20,21	71	3	59	171
	průměrný plat	59 786	30 277	25 758	22 981	20 882	15 858	47 658	25 367	11 188
2014	počet zaměstnanců	99,1	7	286,7	50,1	21,81	74,1	2,5	55	157,23
	průměrný plat	60 917	29 924	26 044	23 265	21 061	16 033	47 883	25 976	11 313

Zdroj: Výroční zprávy Nemocnice Kyjov 2005–2014, Výroční zprávy Nemocnice Vyškov 2005–2014. Vlastní zpracování.